

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

ALYNE GOULART GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS PACIENTES
HIPERTENSOS E RESTRUTURAÇÃO DO GRUPO OPERATIVO
PARA HIPERTENSOS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PADRE TEODORO EM SETE LAGOAS - MINAS GERAIS**

SETE LAGOAS - MINAS GERAIS
2015

ALYNE GOULART GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS PACIENTES
HIPERTENSOS E RESTRUTURAÇÃO DO GRUPO OPERATIVO
PARA HIPERTENSOS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PADRE TEODORO EM SETE LAGOAS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**SETE LAGOAS - MINAS GERAIS
2015**

ALYNE GOULART GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR DOS PACIENTES
HIPERTENSOS E RESTRUTURAÇÃO DO GRUPO OPERATIVO
PARA HIPERTENSOS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PADRE TEODORO EM SETE LAGOAS - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 08 de abril de 2015.

Agradecimentos

A Deus por me guiar e estar sempre presente na minha vida, me enchendo de luz para o exercício da Medicina.

Aos meus pais, Dalva e Leonardo, por tanto amor. Pelo apoio ao longo da jornada, compreendendo e tolerando meus inúmeros momentos de fraquezas.

Ao meu irmão, Alysson, por me receber novamente em casa com carinho, consolos e alegria. A minha irmã Míryan pela presença.

Às “meninas” da ESF Padre Teodoro pela acolhida, por tornar o ambiente de trabalho prazeroso. Por todas as ajudas na elaboração do diagnóstico situacional e por todas outras ajudas ao longo do ano.

À coordenadora da Atenção Básica, Sueli, gerente da regional, Terezinha, e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas pela acolhida.

Aos tutores, especialmente, Marco Túlio e Tarcísio, pelas ajudas e compreensões.

À coordenadora Profa. Maria Dolôres, por todas as orientações, críticas, sugestões.

RESUMO

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública grave no Brasil e no mundo, isso porque as complicações da doença apresentam alta morbimortalidade. Trata-se de uma doença assintomática e por isso o diagnóstico e o tratamento são prejudicados. São 17 milhões de brasileiros que possuem hipertensão arterial, sendo 35% da população com mais de 40 anos de idade. Este número vem crescendo e a hipertensão arterial está cada vez mais precoce. Na equipe de saúde da família Padre Teodoro a situação é semelhante, pois o principal agravo é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Do total de 3876 pacientes cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica, 391 possuem HAS, 10,08% da população total. Acredita-se que este número seja subestimado, já que a adesão ao tratamento é baixa, muitos não realizam controle e acompanhamento da condição. Há na unidade um grupo operativo para hipertensos, mensal, que apresenta adesão irrelevante diante do grande número de hipertensos. Há participação assídua de apenas 3 pacientes no mês, sendo sempre os mesmos pacientes. Portanto, este trabalho objetiva elaborar um projeto de intervenção na reestruturação grupo operativo que vise o melhor controle da pressão arterial e a prevenção do risco cardiovascular das pessoas da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro em Sete Lagoas - MG. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com a finalidade de levantar evidências já existentes sobre a importância dos grupos operativos para adesão dos pacientes no controle da pressão arterial. Os pacientes hipertensos acompanhados não são estratificados quando ao risco de doenças cardiovascular, sendo assim os pacientes terão o risco calculado e a partir disso serão acompanhados conforme as necessidades individuais.

Palavras chave: Hipertensão arterial. Prática de grupo. Estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Hypertension is a serious public health problem in Brazil and the world, because the complications of this disease have a high mortality. It is an asymptomatic and therefore diagnosis and treatment are impaired. There are 17 million people who have high blood pressure, 35% of the population over 40 years old. This number has been growing and high blood pressure is increasingly early. In the family health team Padre Teodoro the situation is similar, because the main grievance is the systemic arterial hypertension (SAH). Of the 3876 patients registered in SIAB 391 have hypertension, 10.08% of the total population. It is believed that this number is underestimated, as treatment adherence is low, many do not realize control and monitoring of the condition. There the unit an operating group for hypertensive, monthly, presenting irrelevant membership on the large number of hypertensive. There is regular participation of only 3 patients in the month, always with the same patients. Therefore, this work aims to elaborate a project of intervention in the restructuring operating group aimed at better control of blood pressure and cardiovascular risk prevention of the people of the area covered by the family health team PadreTeodoro in Sete Lagoas - MG. A bibliographical research was carried out with the purpose of raising existing evidence about the importance of the operating groups for accession of the patients in the control of blood pressure. The accompanied hypertensive patients are not stratified when the risk of cardiovascular diseases, therefore patients will have the calculated risk and from that will be monitored according to individual needs.

Keywords: Hypertension. Group practice. Family health strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007.....	16
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratos e critério para a estratificação da hipertensão arterial sistêmica, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.....	21
Quadro 2 - Escore de Framingham revisado para homens.....	22
Quadro 3 - Escore de Framingham revisado para mulheres.....	22
Quadro 4 - Classificação de risco global, segundo escore de risco de Framingham revisado, com prevalências estimadas para Minas Gerais.....	23
Quadro 5 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da ESF Padre Teodoro, 2014.....	25
Quadro 6 – Desenho das operações para os nós críticos identificados no diagnóstico situacional da ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas-MG, ano de 2014.....	28
Quadro 7 – Recursos críticos para a realização das operações para o enfrentamento dos nós críticos da ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas-MG, 2014.....	29
Quadro 8 – Análise da viabilidade do plano de ação da ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas-MG, 2014.....	30
Quadro 9 – Plano Operativo para a realização do Plano de Intervenção na ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas-MG, 2014/2015.....	31
Quadro 10 – Acompanhamento do plano de ação na ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas-MG, 2014/2015.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DCV - Doença Cérebro Vascular

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GO - Grupo Operativo

HA - Hipertensão Arterial

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL - High Density Lipoprotein

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica

RCV - Risco Cardiovascular

SES/MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
3.1 Objetivo geral	Erro! Indicador não definido.
3.2 Objetivos específicos	Erro! Indicador não definido.
4 METODOLOGIA	Erro! Indicador não definido.
5 REVISÃO DE LITERATURA	Erro! Indicador não definido.
5.1 Adesão ao tratamento e controle da HAS na atenção primária de saúde Erro! Indicador não definido.	
5.2 Estratégias para a qualidade de vida das pessoas hipertensas	17
5.3 Classificação de risco por meio do escore de Framingham	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Dagnóstico situacional	24
6.2 Priorização dos problemas.....	24
6.3 Descrição do problema.....	25
6.4 Explicação do problema	25
6.5 Seleção dos “nós críticos”.....	27
6.6 Desenho das operações	27
6.7 Identificação dos recursos críticos	29
6.8 A análise de viabilidade do plano	29
6.9 Elaboração do plano operativo	31
6.10 Gestão do plano	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O município de Sete Lagoas está situado na região central do estado de Minas Gerais, fazendo parte da região metropolitana de Belo Horizonte, a 70 Km da capital mineira, possui uma área de 537,639 Km². A população estimada é de 227571 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Sete Lagoas é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), seu valor é de 0,760, ocupando o 366^a posição em todo o Brasil e 25^a posição entre os municípios do Estado de Minas Gerais (IBGE, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) não cobre 100% da população. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município de Sete Lagoas possui 40 ESF, quatro equipes referentes ao Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (PROVAB), 24 equipes do Programa Mais Médicos, doze equipes convencionais e cinco equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (DATASUS, 2014).

A ESF Padre Teodoro possui em sua área de abrangência sete micro áreas, com 1052 famílias cadastradas. Apresenta população de 3876, sendo 1882 homens (48,55%) e 1994 mulheres (51,46%). Há muitos sítios próximos na área de abrangência da equipe que não são cadastrados, mas estes moradores usam os serviços da unidade.

Nos atendimentos realizados na ESF é possível perceber a grande prevalência de pacientes hipertensos. No processo de trabalho, muitos procuram os atendimentos por demanda espontânea devido a alguma condição aguda, prejudicando assim o acompanhamento adequado e a prevenção dos agravos da HAS.

A Hipertensão Arterial (HA) “é um dos principais agravos à saúde no Brasil”, elevando o “custo médico-social, principalmente pelas suas complicações”, como as doenças cardiovasculares. “Desde 1963, as doenças cardiovasculares superaram as outras causas de morte, sendo responsáveis atualmente por 27% dos óbitos” (GOMES *et al.*, 2004, p.8; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002).

A prevenção de doenças cardiovasculares é, atualmente, uma prioridade em termos de saúde pública, principalmente naqueles indivíduos considerados de alto risco cardiovascular. Mais importante do que simplesmente taxar um indivíduo como portador de um fator de risco isolado é classificar seu risco cardiovascular total (GATTI *et al.*, 2008, p.9).

São 17 milhões de brasileiros que possuem hipertensão arterial, sendo 35% da população com mais de 40 anos de idade. Este número vem crescendo e a hipertensão arterial está cada vez mais precoce. A hipertensão é um problema de saúde pública grave no Brasil e no mundo, isso porque as complicações da doença apresentam alta morbimortalidade. Trata-se de uma doença assintomática e por isso o diagnóstico e o tratamento são prejudicados. Somado a tal fato há baixa adesão dos pacientes ao tratamento proposto, levando assim ao baixo controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Na ESF Padre Teodoro a situação é semelhante, pois o principal agravo é a HAS. Do total de 3876 pacientes cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 391 possuem HAS, 10,08% da população total. Acredita-se que este número seja subestimado, já que a adesão ao tratamento é baixa, muitos não realizam controle e acompanhamento da condição. Há na unidade um grupo operativo para hipertensos, mensal, que apresenta adesão irrelevante diante do grande número de hipertensos. Há participação assídua de apenas 3 pacientes no mês, sendo sempre os mesmos pacientes.

O diagnóstico situacional, realizado por toda a equipe de saúde da família Padre Teodoro no ano de 2014, mostra que as situações mais críticas da unidade são o acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos, o uso de psicotrópicos sem um diagnóstico que justifique as prescrições e o diabetes *mellitus* mal controlados.

Diante das demandas da unidade, é necessário um melhor acompanhamento dos pacientes que possuem HAS. Importante nestas situações avaliar o risco cardiovascular dos pacientes que possuem a comorbidade e seguir com a reestruturação do grupo operativo para promover uma atenção contínua e mais integrada a fim de prevenir os eventos mórbidos consequentes da HAS.

2 JUSTIFICATIVA

Na ESF Padre Teodoro durante os atendimentos realizados pela equipe é possível perceber que o agravo de saúde mais prevalente é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo que dos 3.876 usuários cadastrados na unidade, 391 possuem HAS, destes 352 fazem acompanhamento na unidade. A maioria dos pacientes não recebe acompanhamento adequado, não há um grupo operativo que os oriente sobre a necessidade do autocuidado.

Diante de tal deficiência a equipe cogitou a criação de um grupo operativo para os pacientes hipertensos. Foi proposta a estratificação dos pacientes pelo risco cardiovascular, separando em subgrupos menores conforme a classificação de risco a fim de promover uma abordagem mais específica e orientada pela linha-guia de Atenção à Saúde do Adulto.

A HAS foi escolhida para ser trabalhada por toda equipe já que se trata da comorbidade mais prevalente na área adscrita e possível de intervenções na Atenção Básica de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para reestruturação do grupo operativo que vise o melhor controle da pressão arterial e a prevenção do risco cardiovascular das pessoas da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Padre Teodoro em Sete Lagoas – MG.

3.2 Objetivos específicos

Identificar as dificuldades de adesão ao tratamento e controle da HAS na atenção primária de saúde.

Definir estratégias que possibilitem a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de HAS.

Buscar na literatura fundamentos que orientem a classificação de risco para eventos coronários por meio do *score* de Framingham.

4 METODOLOGIA

Diante do diagnóstico situacional realizado por toda equipe e após revisão bibliográfica houve a elaboração de um plano de intervenção, discutido pela equipe de saúde da família, para um melhor controle da pressão arterial dos pacientes hipertensos, com a criação de um grupo operativo.

A revisão bibliográfica foi realizada no *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), e publicações da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e Ministério da Saúde, consultando publicações de 2001 a 2013.

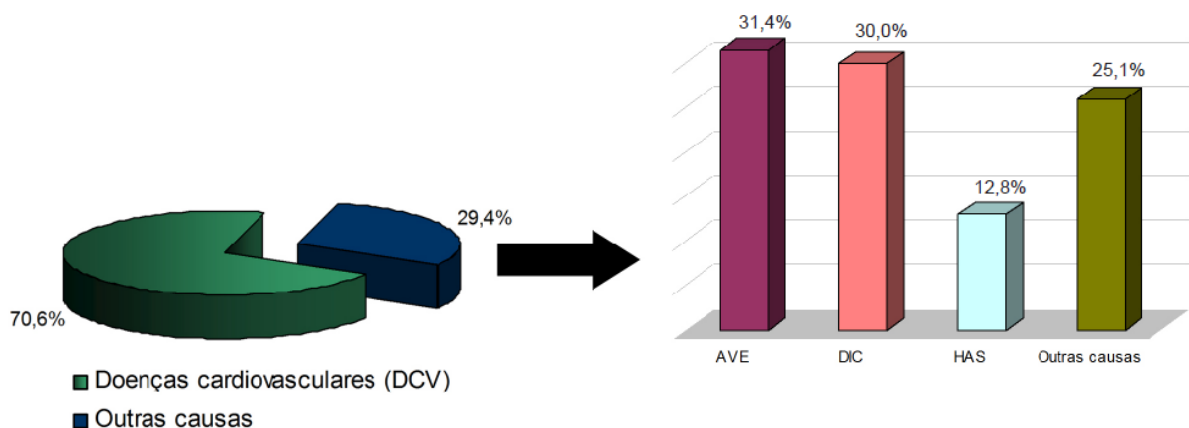
Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica, Risco cardiovascular e Educação em Saúde.

5.1 Adesão ao tratamento e controle da HAS na atenção primária de saúde

A HAS é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis elevados e sustentados da pressão arterial, levando assim à alterações em órgãos-alvo como coração, cérebro e rins. A presença de HAS aumenta o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Sabe-se que a HAS tem alta prevalência e uma grande maioria dos hipertensos não possuem um controle adequado, mesmo a doença sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diante de níveis pressóricos mais elevados a taxa de mortalidade por doença cardiovascular aumenta, sendo que estas são responsáveis por altos gastos médicos devido à alta frequência de internações hospitalares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Figura 1: Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007



Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

A principal preocupação no controle da HAS visa reduzir as complicações como doença cérebro-vascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença

renal crônica e doença arterial periférica, complicações que trazem repercussões para o paciente, sua família e sociedade (BRASIL, 2006).

Inquéritos populacionais dos últimos 20 anos em território brasileiro mostram uma taxa de prevalência da HAS acima de 30%, sendo que os homens e pessoas mais idosas são mais acometidos pela doença. Os fatores de riscos conhecidos para HAS são idade avançada, mulheres negras, não sabendo a interferência da miscigenação no Brasil, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal, ingestão prolongada de álcool, sedentarismo, fatores genéticos e fatores socioeconômicos, sendo que é mais prevalente nas populações com menor escolaridade. Sendo assim, o controle adequado da HAS é fundamental para a redução dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Para Paula *et al.* (2013) ao se avaliar o risco cardiovascular em pacientes hipertensos deve-se incluir outros fatores como estilo de vida e ocorrência de outras doenças crônicas relacionadas à doença aterosclerótica no paciente e em sua família.

O melhor controle dos pacientes hipertensos acontece nos municípios do interior amplamente cobertos pela ESF o que mostra que esforço conjunto dos profissionais das equipes, das ações governamentais e participação do paciente são fundamentais para atingir as metas aceitáveis para o tratamento da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Entretanto, apesar desses esforços, observa-se, no cotidiano da atenção básica, que um grande número de hipertensos que não aderem totalmente ao tratamento, daí a importância de se estabelecer estratégias para melhorar esta adesão.

5.2 Estratégias para a melhoria da qualidade de vida das pessoas hipertensas

“O tratamento não medicamentoso constitui medida fundamental na abordagem da HAS, uma vez que sua instituição é eficaz na prevenção e no tratamento da HAS além de potencializar o tratamento medicamentoso” (MINAS GERAIS, 2013a, p.52).

Mendes (2012, p.142) destaca a importância da integralidade das ações de saúde e o trabalho em equipe na atenção à saúde:

[...] a melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde.

A abordagem multidisciplinar na HAS é fundamental para o processo de prevenção e promoção de saúde. Todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos devem estar envolvidos na assistência, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos e outros que a equipe tiver disponível (MINAS GERAIS, 2013a).

Nesta abordagem, o grupo constitui um instrumento fundamental na educação em saúde.

A prática dos grupos operativos possui tradição na área da saúde. Na década de 1970 os grupos ganharam maior expressão devido à sua aplicabilidade e a melhora no processo de trabalho (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Com a implantação da ESF os grupos foram incorporados à prática de trabalho visando o atendimento grupal dos pacientes portadores de doenças crônicas, como diabetes *mellitus* e HAS. Os planos nacionais de organização da atenção à saúde sugeriram que o acompanhamento fosse realizado pelo enfermeiro e médico da equipe, mas todos os profissionais de uma equipe multidisciplinar devem estar comprometidos com o controle das doenças crônicas (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009; MENDES, 2012).

Vale destacar a necessidade de se refletir sobre as práticas em saúde, acolhendo a diversidade, a pluralidade e a multiplicidade social e subjetiva do paciente e seu envolvimento na construção dos projetos terapêuticos. Não se limitar à sua dimensão biológica, não diminuí-lo com atitudes autoritárias ou piedosas, ditando normas para sua vida (BRASIL, 2011).

O trabalho em equipe é um requisito fundamental para a efetividade das práticas de saúde porque, entre outros, o adoecimento e os agravos são fenômenos hipercomplexos e a ampliação da eficácia das práticas de saúde tende a ser proporcional à capacidade de se promover olhares múltiplos sobre o caso, ou seja, depende da articulação e coordenação de um conjunto de ofertas tecnológicas que se apresentam desde os distintos territórios de saberes e práticas de saúde presentes no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2011, p.42).

A organização de grupos tem sido cada vez mais frequente nos serviços de saúde como forma de atenção coletiva à população. Os grupos operativos permitem uma otimização do trabalho reduzindo o número de consultas individuais, estimulando a participação do usuário no processo de autocuidado e promovem um envolvimento de toda equipe na atenção às doenças crônicas. Entretanto, não são todos os profissionais da equipe que possuem referências teóricas e metodológicas para a estruturação dos grupos operativos (SOARES; FERRAZ, 2007).

Considerando que a promoção da saúde e a prevenção de doenças envolvem práticas pedagógicas, a construção de relações interativas solidárias entre os membros do grupo pode ser produtiva. O trabalho com os mais variados grupos deve ser utilizado, também, como espaço de escuta para identificação e construção coletiva de soluções para problemas da comunidade (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p.49).

O grupo facilita que seus participantes expressem seus temores, preconceitos, dúvidas e saberes, re-construindo o conhecimento, promovendo o auto cuidado.

O efetivo autocuidado não é resultado do que os profissionais de saúde dizem ou recomendam que as pessoas façam, mas “significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde”, empoderando o usuário e desenvolvendo responsabilização no seu tratamento e promoção da saúde. “Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas” (MENDES, 2012, p.145)

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de

fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso (BRASIL, 2006, p.9).

Sendo o grupo um espaço de construção de práticas de saúde, Soares e Ferraz (2007) destacam a importância dos coordenadores de grupos em considerarem seus participantes como sujeitos ativos, com capacidade para produzir e compartilhar saberes e reconstruírem sua concepção de saúde. Para isto, é essencial que as relações entre participantes do grupo sejam interativas e solidárias (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

A adesão à proposta terapêutica tende a ser maior quando a atenção à saúde é realizada de forma planejada e articulada, prevenindo as complicações das condições doenças crônicas, hospitalizações e mortalidade (MINAS GERAIS, 2013b).

5.3 Classificação de risco por meio do escore de Framingham

São vários os fatores de risco para se desenvolver doença cardiovascular, entre eles se destacam: “a idade, o sexo, a pressão arterial elevada, o tabagismo, a dislipidemia e o diabetes são sabidamente” (MINAS GERAIS, 2013a, p.41).

A avaliação do risco cardiovascular (RCV), segundo critérios de Framingham, possibilita elucidar e correlacionar os fatores que podem estimar o risco de eventos cardiovasculares. Identificando o risco que cada paciente apresenta (baixo, moderado e alto) facilita a motivação para a adesão terapêutica dos pacientes, estabelecendo medidas de redução do risco. Além disso, é uma ferramenta que “possibilita direcionar grupos específicos de pacientes que se beneficiarão da terapia medicamentosa como forma de intervenção primária na prevenção de DCV” (CESARINO *et al.*, 2013, p.102).

Segundo Lotufo (2008), o escore de Framingham que avalia o risco cardiovascular não é validado para a população brasileira, embora apresente aplicações na prática clínica considerando o contexto em que é usado e dados epidemiológicos.

Este escore, criado na década de 1950, estima o risco absoluto de contração de doença arterial coronariana (infarto agudo do miocárdio fatal e não-fatal, morte súbita ou angina) nos próximos 10 anos (GATTI *et al.*, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010; PAULA *et al.*, 2013).

O quadro 1 apresenta os estratos propostos e o critério de acordo com a escala de risco de Framingham revisada, recomendada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para se proceder à estratificação de risco cardiovascular em pacientes hipertensos (MINAS GERAIS, 2013a).

Quadro 1 - Estratos e critério para a estratificação da hipertensão arterial sistêmica, segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Estratificação	Critério (Framingham revisado)
HAS de baixo risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular menor que 10% em 10 anos.
HAS de moderado risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular entre 10% a 20% em 10 anos.
HAS de alto risco cardiovascular	Estimativa de risco cardiovascular maior que 20% em 10 anos.

Fonte: Minas Gerais, 2013a, p.43.

Para o cálculo do risco cardiovascular é necessário a soma de pontos conforme os dados dos pacientes. Seguem os quadros 2 e 3 que mostram como se realiza a soma de pontos, conforme o sexo, segundo recomendação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) (MINAS GERAIS, 2013a).

Quadro 2 - Escore de Framingham revisado para homens

Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-2		60+		<120			

-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		Sim
4			280+		140-159	Sim	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

Fonte: Minas Gerais, 2013a.

Quadro 3 - Escore de Framingham revisado para mulheres

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

Fonte: Minas Gerais, 2013a.

No quadro 4 apresenta-se a classificação de risco global, segundo escore de risco de Framingham revisado, tendo como referência D'Agostino *et al.*, (2008), com prevalências estimadas para Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013).

Quadro 4 - Classificação de risco global, segundo escore de risco de Framingham revisado, com prevalências estimadas para Minas Gerais

Categoria	Risco de evento cardiovascular maior	Prevalência estimada
Baixo	<10% em 10 anos	40%
Moderado	10% a 20% em 10 anos	35%
Alto	>20% em 10 anos	25%

Fonte: Minas Gerais, 2013a.

Como foi exposto, a Hipertensão Arterial “é um dos principais agravos à saúde no Brasil”, elevando o “custo médico-social, principalmente pelas suas complicações”, como as doenças cardiovasculares (GOMES, 2004, p.8). Portanto, a prevenção de doenças cardiovasculares “é uma prioridade em termos de saúde pública, principalmente naqueles indivíduos considerados de alto risco cardiovascular” (GATTI *et al.*, 2008. p.9).

Neste sentido, elaborou-se o plano de intervenção para intervir no acompanhamento dos hipertensos com vista à melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Diagnóstico situacional

O diagnóstico situacional da ESF Padre Teodoro foi realizado pelo método de estimativa rápida, nos meses de maio e junho de 2014. O método foi escolhido devido à necessidade de levantamento de dados em um curto período de tempo e também com gasto mínimo. Houve a participação das ACS, da enfermeira e da técnica de enfermagem para o levantamento de dados.

Os dados foram colhidos por meio de registros próprios da unidade, atendimentos da médica e enfermeira, conhecimento dos profissionais da equipe acerca do território. Durante reuniões de equipe houve discussão acerca dos principais problemas do território.

Concluiu-se que a doença mais prevalente na área de abrangência é a HAS. Esta muitas vezes sem controle adequado, devido má adesão ao tratamento, ausência de um grupo operativo que estimule o auto cuidado, desconhecimento dos pacientes diante dos possíveis agravos da HAS.

Nas reuniões outros problemas foram levantados como o uso de psicotrópicos sem um diagnóstico que justifique as prescrições e diabetes mal controlados.

6.2 Priorização dos problemas

Diante dos vários problemas levantados pela equipe, houve a necessidade de priorizar aquele que é mais importante para o enfrentamento e que esteja ao alcance da equipe para resolver. Para a priorização dos problemas adotou se os critérios importância do problema, urgência do problema, capacidade de enfrentamento pela equipe e grau de prioridade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 5 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da ESF Padre Teodoro, 2014

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Grau de prioridade
Acompanhamento inadequado dos hipertensos	Alta	9	Dentro	1

Baixa adesão ao grupo operativo	Alta	9	Dentro	2
Uso de psicotrópicos sem diagnóstico definido	Alta	7	Parcial	4
Acompanhamento inadequado dos diabéticos	Alta	8	Parcial	3

Diante das discussões nas reuniões de equipe a HAS foi escolhida para o enfrentamento, devido a sua grande importância e por seu controle está dentro das responsabilidades da atenção básica de saúde. O acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos traz preocupação para toda equipe devido às graves consequências do mau controle da HAS.

6.3 Descrição do problema

Durante os atendimentos clínicos da médica e da enfermeira foi observado que a HAS é a doença mais prevalente, sendo que muitos hipertensos mantêm níveis pressóricos elevados. Alguns pacientes hipertensos relatam uso irregular da medicação, hábitos que não contribuem para o bom controle pressórico como uso abusivo de sal, obesidade, sedentarismo.

Os dados do SIAB do ano de 2014 revelam que dos 3876 pacientes cadastrados, 391 possuem HAS, correspondendo a 10,08% da população. Acredita-se que este número seja subestimado, já que a adesão ao tratamento é baixa, muitos não realizam controle e acompanhamento da condição.

6.4 Explicação do problema

Nesta etapa é preciso identificar a origem do acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos na ESF Padre Teodoro e as causas do mau acompanhamento.

Há causas que dependem das atitudes dos pacientes já outras dependem dos profissionais da equipe para que o controle da HAS seja adequado.

Considerando as causas que dependem das atitudes dos pacientes é necessário que o conhecimento sobre as complicações da HAS esteja claro para todos. Muitos

pacientes ignoram a necessidade do acompanhamento pelo fato da HAS ser uma condição clínica assintomática, que quando provoca manifestação já é um estado grave e muitas vezes irreversível. O uso incorreto dos medicamentos está associado ao baixo nível de escolaridade dos pacientes e a grande taxa de analfabetismo, além da ausência de um suporte familiar para ajudar na administração correta dos anti hipertensivos. Os maus hábitos de vida também interferem negativamente no controle da pressão arterial como o uso excessivo de sal e condimentos industrializados, sedentarismo, tabagismo e o uso excessivo de álcool.

As causas que dependem das ações dos profissionais de saúde envolvem toda a equipe. O acompanhamento inadequado dos hipertensos está relacionado com todo o processo de trabalho da equipe. Por ser uma unidade afastada do serviço de urgência e emergência a demanda espontânea é priorizada em detrimento ao agendamento de consultas eletivas. Muitos hipertensos procuram a unidade com níveis pressóricos descontrolados, provocando inclusive sintomas.

A inexistência de um grupo operativo capaz de orientar os pacientes. Há na unidade um grupo operativo para hipertensos, mensal, que apresenta adesão irrelevante diante do grande número de hipertensos. Há participação assídua de apenas 3 pacientes no mês, sendo sempre os mesmos pacientes. Este é ineficaz no estímulo ao auto cuidado, sendo que a adesão dos pacientes é praticamente nula. O grupo é repetitivo e não atrai os pacientes, a mediação do grupo fica sempre a cargo de um único profissional da equipe, e nos moldes de palestras pré formuladas pelo profissional. A ausência de educação permanente para os profissionais da equipe, a demora para a realização dos exames laboratoriais, cadastro confiável dos hipertensos são outras causas na gênese do acompanhamento inadequado dos pacientes.

6.5 Seleção dos nós críticos

As situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido são chamadas de nós críticos. O nó crítico pode ser “atacado”

pelas ações da equipe interferindo na transformação do problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A análise da equipe das causas do acompanhamento inadequado dos pacientes hipertensos definiu dois importantes nós críticos do problema: a ausência de um grupo operativo capaz de promover educação em saúde para os usuários e o fato dos pacientes considerarem a HAS como uma doença sem complicações e agravos.

6.6 Desenho das operações

Após a identificação dos “nós críticos”, foram elaboradas operações para o enfrentamento dos principais problemas da ESF Padre Teodoro.

O desenho das operações para os nós críticos identificados no diagnóstico situacional está representado no quadro 6, a seguir.

Quadro 6 – Desenho das operações para os nós críticos identificados no diagnóstico situacional da ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas - MG, ano de 2014

Nós críticos	Desenho das operações	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Grupo operativo ineficaz	Reformulação do grupo operativo para um melhor acompanhamento dos hipertensos.	Por meio do escore de <i>Framingham</i> estratificar, individualmente, o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, convocando 100% dos pacientes hipertensos para a participação no grupo operativo.	Maior adesão ao grupo operativo. Conforme a estratificação de risco os pacientes terão um maior número de consultas	Econômicos: realização dos exames complementares. Organizacional: mobilização de toda equipe para organização do GO, incluindo os profissionais do NASF. Cognitivos: capacitação de toda equipe sobre HAS e agravos.
Falta de conhecimento dos pacientes sobre os riscos e agravos da HAS	Melhora do nível de educação em saúde dos pacientes hipertensos.	Realizar palestras, grupos de discussão, promover mudanças no estilo de vida, estimulando hábitos saudáveis, como caminhadas, cessar tabagismo, redução do consumo de álcool. Promover a capacitação de toda equipe para a abordagem do paciente hipertenso.	Grupo operativo com encontros diários por 5 dias seguidos a cada 3 meses.	Econômicos: elaboração de panfletos, cadernetas individuais para anotações referentes ao acompanhamento. Organizacional: Programação da agenda, separando 5 dias seguidos a cada 3 meses para a participação dos profissionais da equipe no GO. Cognitivos: conhecimento sobre o tema por todos os profissionais da equipe.

6.7 Identificação dos recursos críticos

Identificar os recursos críticos é fundamental para realizar as operações propostas. Os recursos críticos são todos aqueles indispensáveis para a realização de uma operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 7 – Recursos críticos para a realização das operações para o enfretoamento dos nós críticos da ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas - MG, 2014.

Operação	Recursos críticos
Reformulação do grupo operativo	<p>Econômicos: para realização de exames complementares.</p> <p>Organizacional: programar agenda dos profissionais da unidade para que 5 dias a cada 3 meses aconteça o grupo.</p> <p>Político: aceitação da equipe em desempenhar as funções. Aceitação da coordenadora da Atenção Básica e secretário de saúde.</p>
Melhora do nível de educação em saúde dos pacientes hipertensos.	Econômicos: elaboração de panfletos, cadernetas individuais para anotações referentes ao acompanhamento.

6.8 Análise de viabilidade do plano

É necessário avaliar a viabilidade do plano, já que o ator que está planejando não possui controle sobre todos os recursos críticos para a implementação do projeto de intervenção. Neste momento se faz necessário a identificação dos prováveis atores que controlam os recursos críticos para, a partir disso, motivá-los nas ações estratégicas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 8 – Análise da viabilidade do plano de ação da ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas - MG, 2014.

Operação	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Reformulação do grupo operativo para hipertensos	Econômicos: para realização de exames complementares.	Secretaria municipal de saúde	Indiferente	Apresentar o projeto à Secretaria municipal de saúde.
	Organizacional: programar agenda dos profissionais da unidade para que 5 dias a cada 3 meses aconteça o grupo.	Enfermeira da unidade	Favorável	Reunir com a equipe para elaboração de uma agenda que adeque os horários dos atendimentos e de funcionamento do grupo.
	Político: aceitação da equipe em desempenhar as funções. Aceitação da coordenadora da Atenção Básica e secretário de saúde.	Profissionais da equipe e profissionais do NASF	Favorável	Apresentar o plano de ação à equipe mostrando a necessidade de um acompanhamento mais efetivo dos pacientes hipertensos.
Melhora do nível de educação em saúde dos pacientes hipertensos.	Econômicos: elaboração de panfletos, cadernetas individuais para anotações referentes ao acompanhamento.	Coordenação da atenção básica de saúde, juntamente com o secretário municipal de saúde.	Favorável	Dispensa

6.9 Elaboração do plano operativo

O objetivo dessa etapa é determinar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 9 – Plano Operativo para a realização do Plano de Intervenção na ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas - MG, 2014/2015

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Reformulação do grupo operativo para hipertensos	Maior adesão dos pacientes ao grupo operativo, visando a participação de 100% dos pacientes.	Realização do grupo por 5 dias seguidos a cada 3 meses	Apresentar o projeto a Secretaria municipal de saúde	Médico, enfermeira, profissionais do NASF	7 meses
Melhora do nível de educação em saúde dos pacientes hipertensos.	Realizar palestras para pacientes hipertensos e não hipertensos sobre os riscos da HAS e hábitos saudáveis de vida.	Palestras durante os grupos operativos e nos outros grupos operativos já existentes na unidade	Dispensa	Médicos, enfermeira, profissionais do NASF.	Contínuo

Inicialmente será realizada busca ativa, pelas ACS, dos 391 pacientes hipertensos da unidade. Os pacientes cadastrados serão encaminhados para a realização dos exames laboratoriais, necessários para a estratificação de risco, conforme o escore de Framingham, nos 2 primeiros meses iniciais. Nos outros 3 meses subsequentes, conforme a liberação dos resultados de exames pelo laboratório, todos os dias haverá agendamento de 7 consultas para pacientes hipertensos, quando ocorrerá a estratificação de risco e avaliação dos medicamentos utilizados. Após a consulta médica, o paciente já estratificado, será atendido pela enfermeira para as orientações sobre a participação no grupo operativo, qual o intervalo necessário

entre a realização dos exames, sendo que a enfermeira, em 3 meses, deverá atender 7 hipertensos por dia.

6.10 Gestão do plano

Esta etapa visa desenhar um modelo de gestão do plano de ação e também discutir e definir o processo de acompanhamento do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 10 – Acompanhamento do plano de ação na ESF Padre Teodoro em Sete Lagoas - MG, 2014/2015

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Apresentação do projeto à coordenação da atenção básica		Médica	Março de 2015			
Organizar agenda	Organização semestral	Enfermeira	Março de 2015			
Busca ativa dos hipertensos	Atividade realizada	ACS				
Reestruturação do GO	Maior participação dos pacientes	Médica, enfermeira, profissionais do NASF	Março de 2015 a setembro de 2015			

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não diferente do Brasil e do mundo, na ESF Padre Teodoro a HAS é o principal agravo, sendo 391 pacientes cadastrados como hipertensos de um total de 3876. Os pacientes hipertensos da unidade não recebem um acompanhamento adequado da doença, tanto que muitos não julgam a HA como um agravo possível de complicações e sequelas irreversíveis. A participação dos hipertensos no grupo operativo da unidade é irrisória, já que apenas 3 pacientes comparecem. Diante de tal situação foi necessário criar estratégias para uma maior participação ao grupo, pois o mesmo visa a promoção de educação em saúde, peça fundamental no controle adequado da doença.

Seguindo as orientações das Linhas Guias da SES/MG foi proposto que os pacientes fossem estratificados conforme o risco cardiovascular para, a partir disso, traçar metas de acompanhamento mais adequadas.

A participação de toda a equipe é fundamental no comprometimento da melhoria do atendimento ao paciente hipertenso, visando a redução de complicações graves que trazem prejuízos para o paciente, seus familiares, profissionais da equipe e todo sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf Acesso em: 30 jan. 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/>

CESARINO, C. B.; BORGES, P. P.; RIBEIRO, R. de C. H. M.; RIBEIRO, D. F.; KUSUMOTA, L. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.1, p.101-7, 2013.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2014. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Status_Carga_Arquivos.asp?nom_arq=CNES3167201905201115280420112480.BCK. Acesso em: 10 jan.2015.

GATTI, R. M. et al., **Fatores de risco e doença coronariana**. Arq Sanny Pesq Saúde, v.1, n.1, p.8-17, 2008. Disponível em: <http://www.cepsanny.com.br/pdf/v1n1a2.pdf>

GOMES, M. A. M. et al. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2004, vol.82, suppl.4, pp. 7-14. ISSN 0066-782X.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2014. <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=316720&idtema=16&search=minas-gerais|sete-lagoas|sintese-das-informacoes>. Acesso em: 01 ago. 2014.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med** (São Paulo), v.87, n.4, p.232-7, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em: 30 jan. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3 ed (atualizada). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013a. 204p.

Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **A assistência programada na rede de atenção aos hipertensos, diabéticos e usuários com doença renal crônica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2013b. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Atencao%20Programada.pdf>

PAULA, E. A. de et al. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.3, p.820-827, 2013.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F.. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery**, v.11, n.1, p.52-57, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH. Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC - Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Campos do Jordão - SP, 2002. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/iv_diretrizes_hipertensao_arterial.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, s. 1, p. 1-51, 2010.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. 73p.