

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – UFTM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**STÉPHANNY CHRISTINE MURTA ALVES**

**INTRODUÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO À PESSOA COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO PROGRAMA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO FRANCISCO, RIO PARANAÍBA - MG**

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2017**

**STÉPHANNY CHRISTINE MURTA ALVES**

**INTRODUÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO À PESSOA COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO PROGRAMA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO FRANCISCO, RIO PARANAÍBA - MG**

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

Orientador: Professora: Ms. Zilda Cristina dos Santos

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2017**

**STÉPHANNY CHRISTINE MURTA ALVES**

**INTRODUÇÃO DO CUIDADO CONTINUADO À PESSOA COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO PROGRAMA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO FRANCISCO, RIO PARANAÍBA - MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professora Ms. Zilda Cristina do Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Examinador 2: Professora Dr<sup>a</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, em        de        de 2017.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus familiares pelo apoio incondicional;  
À Deus, pois é o meu alicerce diariamente;  
Em especial, aos meus pacientes, pois sem eles o projeto não poderia ser colocado em  
prática.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pelo dom que me deste para exercer a Medicina com amor e dedicação.

Aos meus pais que são meu refúgio.

Ao meu noivo que sempre me incentiva a ir em busca dos meus sonhos.

Aos meus familiares e amigos que sempre me apoiaram.

À minha orientadora pelo auxílio e dedicação.

À equipe da UBS São Francisco pela recepção acolhedora e pelo apoio durante o trabalho.

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

*“Seja a mudança que deseja ver no mundo”. Mahatma Gandhi*

## RESUMO

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e de acordo com as estatísticas atuais, tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo assim, considerada um dos principais fatores de risco modificáveis. O objetivo deste projeto é melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuir a morbimortalidade por DCV e consequentemente, a longo prazo, diminuir os custos com as internações devido às morbidades apresentadas. Foi utilizada como metodologia a estimativa rápida através do diagnóstico do território e priorização do problema. Assim, o paciente hipertenso será classificado de acordo com o risco cardiovascular através da escala de *Framingham* e se possui comorbidades. Assim, as consultas serão agendadas de acordo com essa classificação, buscando a prevenção e promoção da saúde desses pacientes crônicos. Dessa forma, a atenção básica tem papel fundamental no controle e acompanhamento dessas patologias. Na UBS São Francisco o problema selecionado foi à falta de acompanhamento dos pacientes crônicos, em especial os pacientes com HAS. Enfim este projeto o de intervenção visa intervir nessa população através da introdução do cuidado continuado ao paciente hipertenso, promovendo a classificação de risco cardiovascular, busca de fatores de risco, controle de agravos, consultas pré-agendadas voltadas para essa população.

Palavras-chave: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Promoção à Saúde; Fatores de Risco.

## **ABSTRACT**

Systemic arterial hypertension (SAH) is a serious public health problem in Brazil and in the world. According to the current statistics, it has a high prevalence and low control rates, being thus considered one of the main modifiable risk factors. The objective of this project is to improve the quality of life of the patient, reduce morbidity and mortality due to cardiovascular diseases and, in the long term, reduce costs with hospitalizations due to the morbidities. As to methodology, we used rapid estimation through the diagnosis of the territory and prioritization of the problem. Thus, the hypertensive patient will be classified according to the cardiovascular risk through the Framingham scale and if he/she has comorbidities. The appointments will be scheduled according to this classification, seeking to prevent and promote the health of these chronic patients. Hence, primary care plays a fundamental role in the control and follow-up of these pathologies. At the Basic Health Unit São Francisco, the selected problem was the lack of follow-up of the chronic patients, especially the patients with SAH. Finally, this intervention project aims to intervene in this population through the introduction of continuing care to the hypertensive patient, promoting the classification of cardiovascular risk, search for risk factors, control of injuries, and pre-schedule of appointments aimed at this population.

**Key words:** Hypertension; Primary Health Care; Health Promotion; Risk Factors.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                 |  |
|-----------------|--|
| ACS             | Agente Comunitário de Saúde                                |
| AVC             | Acidente Vascular Cerebral                                 |
| AVE             | Acidente Vascular Encefálico                               |
| BVS             | Biblioteca Virtual em Saúde                                |
| CKD-EPI         | Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Equation |
| DAP             | Doença Arterial Periférica                                 |
| DCV             | Doença Cardiovascular                                      |
| DeCS            | Descritores em Ciência da Saúde                            |
| DM              | Diabetes Mellitus  |
| DRC             | Doença Renal Crônica                                       |
| ECG             | Eletrocardiograma  |
| ESF             | Estratégia Saúde da Família                                |
| FR              | Fator de Risco   |
| HA              | Hipertensão Arterial                                       |
| Hab             | Habitantes   |
| HAS             | Hipertensão Arterial Sistêmica                             |
| HDL             | Colesterol de Alta Densidade                               |
| IAM             | Infarto Agudo do Miocárdio                                 |
| IBGE            | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística            |
| IC              | Insuficiência Cardíaca                                     |
| IDH             | Índice de Desenvolvimento Humano                           |
| Km <sup>2</sup> | Quilômetros Quadrados                                      |
| LDL             | Colesterol de Baixa Densidade                              |
| LILACS          | Literatura latino-americana e do Caribe                    |
| Medline         | Medical Literature Analysis and Retrieval System Online    |
| MG              | Minas Gerais   |
| mmHg            | Milímetros de Mercúrio                                     |
| MS              | Ministério da Saúde  |
| NASF            | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                         |

|        |   |
|--------|---|
| PA     | Pressão Arterial  |
| PAD    | Pressão Arterial Diastólica                               |
| PAS    | Pressão Arterial Sistólica                                |
| PES    | Planejamento Estratégico Situacional                      |
| PIB    | Produto Interno Bruto                                     |
| PROVAB | Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica |
| PSF    | Programa de Saúde da Família                              |
| SciELO | Scientif Electronic Library Online                        |
| SES    | Secretaria de Estado de Saúde                             |
| UBS    | Unidade Básica de Saúde                                   |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Estratégia de Saúde da Família São Francisco, Unidade Básica de Saúde São Francisco, município de Rio Paranaíba – MG | 18 |
| Quadro 2 – Desenho das operações para os “nós críticos” na falta do cuidado continuado com pacientes hipertensos na UBS São Francisco no município de Rio Paranaíba - MG  | 42 |
| Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “localização da UBS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Francisco, do município de Rio Paranaíba – MG.                                  | 44 |
| Figura 1 – Mapa da área territorial do município de Rio Paranaíba – MG em alaranjado  | 15 |
| Figura 2 – Classificação da pressão arterial em maiores de 18 anos  | 24 |
| Figura 3 – Atribuição de pontos de acordo com a escala de Framingham segundo o sexo masculino   | 25 |
| Figura 4 – Risco global cardiovascular em 10 anos para homens   | 26 |
| Figura 5 – Atribuição de pontos de acordo com a escala de Framingham segundo o sexo feminino  | 26 |
| Figura 6 – Risco global cardiovascular em 10 anos para mulheres   | 27 |
| Figura 7 – Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso  | 28 |
| Figura 8 – Lesão de órgão-alvo na avaliação do hipertenso   | 28 |
| Figura 9 – Doença cardiovascular e renal estabelecida para avaliação do risco adicional no hipertenso   | 29 |
| Figura 10 – Estratificação de risco no paciente hipertenso segundo os fatores de risco adicionais, presença de lesões de órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal   | 29 |
| Figura 11 – Exames recomendados em população indicada   | 30 |
| Figura 12 – Recomendações para início da terapia anti-hipertensiva  | 31 |
| Figura 13 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas   | 34 |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | 13 |
| 1.1 Breves informações sobre o município de Rio Paranaíba                      | 14 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde   | 15 |
| 1.3 A Equipe de Saúde da Família São Francisco, seu território e sua população | 16 |
| 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade        | 17 |
| 1.5 Priorização dos problemas  | 18 |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b>   | 20 |
| <b>3 OBJETIVOS</b>   | 22 |
| 3.1 Objetivo geral   | 22 |
| 3.2 Objetivos específicos  | 22 |
| <b>4 METODOLOGIA</b>   | 23 |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>   | 33 |
| <b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>   | 38 |
| 6.1 Descrição e explicação do problema selecionado                             | 38 |
| 6.2 Seleção dos nós críticos   | 40 |
| 6.3 Desenho das operações  | 41 |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 45 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 46 |
| <b>APÊNDICE A</b>  | 49 |
| <b>ANEXO A</b>   | 51 |
| <b>ANEXO B</b>   | 53 |
| <b>ANEXO C</b>   | 54 |

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a VII Diretriz de Hipertensão Arterial (2016), a hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial marcada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente está associada a diversas alterações como, distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Ainda assim, mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

De acordo com a referência supracitada, o impacto médico e social da HA é extremamente importante. Segundo dados norte-americanos de 2015 a HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP. A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. Esses números geram impactos tanto nos custos para o cuidado quanto na vida do próprio paciente acometido (VII Diretriz de Hipertensão Arterial; 2016)

Segundo a I Diretriz de Prevenção Cardiovascular (2013), as estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde associadas a ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo da prevenção deve ser o estímulo ao diagnóstico precoce, ao tratamento contínuo, ao controle da pressão arterial (PA) e de fatores de risco associados, através da mudança do estilo de vida (MEV) e quando necessário uso regular da medicação.

Consoante a VII Diretriz de Hipertensão Arterial (2016), o tratamento não medicamentoso da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. O tratamento medicamentoso deve ser iniciado para níveis elevados como hipertensão grau II/III e quando há falha no tratamento não medicamentosos. Dessa forma, o paciente deve ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e ainda do eventual aparecimento de efeitos adversos.

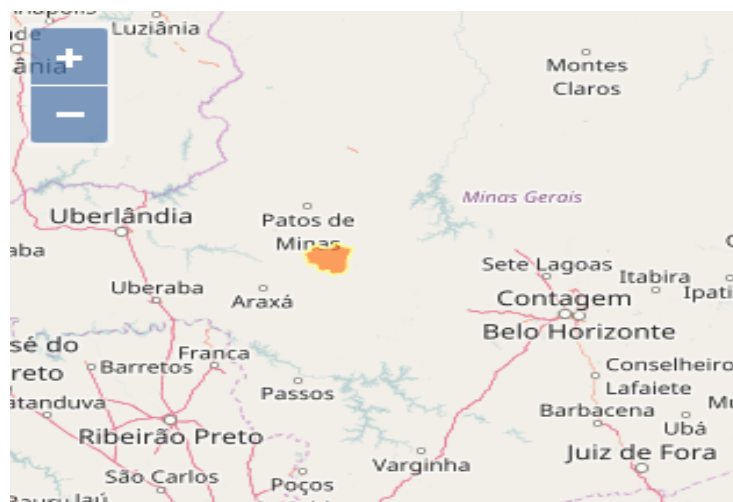
O controle da HA deve envolver uma equipe multiprofissional, pois as diretrizes atuais de hipertensão arterial (2016) e prevenção cardiovascular (2013) indicam que o acompanhamento por diferentes profissionais como o médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde (ACS), psicólogo, entre outros favorece está diretamente relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

### **1.1 Breves informações sobre o município de Rio Paranaíba - MG**

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município de Rio Paranaíba encontra-se situado na Zona do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais (MG), distando da capital do Estado, Belo Horizonte, em linha reta, 260 quilômetros no rumo oés-noroeste.

O primeiro núcleo da cidade surgiu com a chegada dos garimpeiros às margens do rio Abaeté, em busca de diamantes no ano de 1760. Segundo o IBGE (2015), a área da unidade territorial corresponde a 1.352,353 km<sup>2</sup> e a densidade demográfica em 2010 era de 8,79 hab/Km<sup>2</sup>. A população em 2010 era de 11.885 habitantes e a estimativa para 2016 é de 12.431 habitantes. Segundo o relatório de saúde do município, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2016, o município tinha 11.939 habitantes no ano de 2015. O índice de desenvolvimento humano (IDH) elevou nos últimos 20 anos passando de 0,429 para 0,709. Possui 6.765 pessoas acima de 10 anos ou mais com ensino fundamental incompleto ou sem instrução. O produto interno bruto (PIB) em 2013 foi de R\$ 373.515,51 e o PIB *per capita* foi de R\$ 30.298,14 (IBGE, 2013) ultrapassando os valores nacional e estadual.

**Figura 1** – Mapa da área territorial do município de Rio Paranaíba – MG em alaranjado



**Fonte:** IBGE (2010).

A principal atividade econômica da cidade é a agricultura, tendo grande destaque para as culturas de café, soja, milho, cenoura, alho, batata e cebola. O setor imobiliário também é uma importante atividade na cidade, além do setor de bens e serviços. Rio Paranaíba conta com um campus da Universidade Federal de Viçosa, criado em 25 de julho de 2006. Como a economia do município é voltada para a agricultura, houve um aumento da emigração de nordestinos para a região, com o objetivo de melhores condições de trabalho, porém com isso houve um aumento significativo da violência e de doenças.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

O município conta com o Hospital Municipal, porém é de baixa complexidade sendo que os casos mais complexos são encaminhados para as cidades Carmo do Paranaíba, Patos de Minas, São Gotardo, Araxá. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o município apresenta quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS's), sendo três na zona urbana e uma na zona rural.

A comunidade tem acesso a igrejas, clube, bancos e serviços de comércio em geral. Possui uma creche municipal e são encontradas quatro escolas, sendo uma particular, uma estadual e duas municipais. O método diagnóstico de imagem presente é o aparelho de radiografia que se encontra no Hospital Municipal e os exames de

patologia clínica que o município disponibiliza são realizados no laboratório conveniado. Os métodos diagnósticos mais complexos são realizados em outros municípios. Há duas clínicas particulares que realizam exames como ultrassonografia e eletrocardiograma (ECG), porém a quantidade de profissionais ainda é deficiente e muitos pacientes não possuem recursos financeiros para tal.

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família UBS São Francisco, seu território e sua população**

A Unidade de Saúde estudada se localiza no bairro São Francisco, dando o nome da UBS, mas divide espaço com a UBS Novo Horizonte com previsão de mudança para a nova unidade em março/2017. Possui 940 famílias cadastradas perfazendo um total de 2.541 habitantes, segundo a ficha de cadastro individual (Anexo A) dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os dados obtidos são referentes ao mês de setembro de 2016. A equipe é responsável pelo atendimento dos moradores dos bairros São Francisco, Novo Rio, Bela Vista, Samambaia, Francisco Moreira, Universitário e parte do centro. A população em sua maioria vive da lavoura e muitos trabalham sem carteira assinada. Há muito desemprego na cidade e com isso houve um aumento do serviço informal. A estrutura do saneamento básico ainda é ruim, pois há áreas em que não está presente. Há casas que possuem fossa séptica, porém não são utilizadas. As moradias em sua maioria são de alvenaria, mas muitas são precárias, com poucos cômodos, baixa ventilação e um número grande de pessoas morando em baixas condições sociais. O número de analfabetos é baixo, porém muitos idosos já não possuem capacidade de leitura devido às complicações das patologias de base.

O horário de funcionamento da unidade é das 07 às 17 horas de 2ª a 6ª feira. A equipe é composta por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e uma médica do PROVAB. A patologia mais prevalente é hipertensão arterial sistêmica (HAS) afetando 19,8% da população. Ainda não há prontuário eletrônico e os insumos da unidade estão precários. Dispõe de poucas medicações e quando necessário utiliza a ambulância do hospital municipal. A equipe tem o apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), porém o mesmo fica localizado na Secretaria Municipal de Saúde. É composto por três fisioterapeutas, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista. A jornada de trabalho é de 40 horas



semanais para os profissionais, exceto para a médica do PROVAB que é de 32 horas, sendo 8 horas voltadas para dedicação aos estudos.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Para a realização do diagnóstico situacional foi seguido o passo a passo apresentado por Campos, Faria e Santos (2010). A equipe de saúde se reuniu e os problemas foram sendo apontados e foi realizada análise das fichas de cadastramento dos ACS's. A seleção dos problemas foi feita da seguinte forma: prioridade do problema (alta, média e baixa), capacidade de resolubilidade (alta, média e baixa) e demanda de recursos.

Diante da análise do perfil do território da equipe percebeu-se como problemas o uso indiscriminado de benzodiazepínicos, inclusive por idosos; uso indiscriminado de medicações controladas; muitos idosos que moram sozinhos; falta de cuidado continuado com pacientes crônicos, saúde mental e puericultura e má adesão ao tratamento proposto.

Dessa forma, o que mais chamou a atenção foi o fato da unidade não ter uma agenda e um cuidado programado com os pacientes crônicos, principalmente os pacientes hipertensos. Os pacientes eram atendidos conforme a ordem de chegada, assim muitos chegavam antes das 06:00 horas para aguardar na fila; com isso, sequer havia uma agenda programada e os pacientes crônicos, muitas vezes, eram atendidos nos momentos de agudização de suas doenças. Assim, a equipe apontou esse problema como o mais importante. No município, a principal causa de mortalidade é por doenças cardiovasculares e como não há esse cuidado com o paciente, ficou decidido que a equipe iria intervir na população de hipertensos para tentar diminuir essa mortalidade ou pelo menos tentar diminuir as morbidades relacionadas às consequências do mau controle dos pacientes hipertensos, pois um portador de HAS descontrolada pode ter um acidente vascular encefálico ou infarto agudo do miocárdio. Com isso, pode ter sequelas e limitar sua autonomia ou até mesmo não ter capacidade de trabalhar mais e com isso alterar toda a estrutura familiar, que conseqüentemente pode vir a ter outros problemas, tornando-se um ciclo de adoecimento no próprio âmbito familiar.

### 1.5 Priorização dos problemas

Contudo, após a análise das fichas de cadastro individual (Anexo A) das ACS's foi possível perceber que o número de hipertensos no território é elevado, correspondendo a 502 pacientes, o que representa 19,8% da população adscrita. Isso já mostra o grau de urgência para atuação e por ser um problema que demanda mais da ação da própria equipe, a sua capacidade de enfrentamento está quase totalmente dentro da capacidade da equipe. Assim, o paciente será classificado em grupos de risco, tempo de consultas estipuladas pelo Ministério da Saúde (MS) de acordo com o risco, intervenção nos fatores de risco e mudanças do estilo de vida e na facilidade do contato do paciente com o médico.

Após a seleção do problema, os nós críticos assinalados foram a localização da UBS, a falta de pré-agendamento de consultas, hábitos e estilo de vida prejudiciais e processo de trabalho da equipe ineficaz.

**Quadro 1** – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Estratégia de Saúde da Família São Francisco, Unidade Básica de Saúde São Francisco, município de Rio Paranaíba – MG.

| Problemas  | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|--|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Baixa adesão ao tratamento de HAS                        | Alta         | 7          | Parcial                        | 1                       |
| Baixa adesão ao tratamento de DM                         | Alta         | 7          | Parcial                        | 2                       |
| Dificuldade de entendimento das prescrições              | Alta         | 6          | Parcial                        | 3                       |
| Ausência de hábitos para a prática de exercícios físicos | Alta         | 6          | Parcial                        | 3                       |
| Uso  | Alta         | 5          | Parcial                        | 4                       |

|  |      |   |         |   |
|--|------|---|---------|---|
| indiscriminado de benzodiazepínicos          |      |   |         |   |
| Uso indiscriminado de medicações controladas | Alta | 4 | Parcial | 5 |

Fonte: Alves, 2016

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e de acordo com as estatísticas atuais, tem alta prevalência e baixas taxas de controle, portanto é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Consoante a referência supracitada, no Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV. Junto com diabetes mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm um impacto muito elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, sendo considerada a principal causa de morte no país.

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS apontam significativa redução da tendência de internação por HAS, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Com os diversos estudos clínicos realizados, foi possível demonstrar que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Por isso a grande importância do seu controle, bem como os fatores de risco associados a ela. Dessa forma, é importante que a atenção primária esteja atenta para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e consequentemente a diminuição de eventos cardiovasculares fatais e não fatais que muitas vezes acarretam seqüelas (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; 2016).

Na UBS São Francisco os pacientes são atendidos de acordo com a demanda e muitas vezes procuram a unidade quando ocorre agudização de suas doenças ou quando apresentam um evento cardiovascular. Muitos pacientes apresentam mau controle pressórico e com isso acabam sobrecarregando o atendimento da demanda. A falta de vínculo com a equipe de saúde, muitas vezes, prejudica a adesão do paciente ao tratamento e as mudanças do estilo de vida. Assim, muitos desses problemas poderiam

ser evitados, portanto optou-se por intervir nessa população através da introdução do cuidado continuado ao paciente hipertenso, promovendo a classificação de risco cardiovascular, busca de fatores de risco, controle de agravos, consultas pré-agendadas voltadas para essa população com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente, diminuir a morbimortalidade por DCV e conseqüentemente, a longo prazo, diminuir os custos com as internações devido às morbidades apresentadas.

Portanto, conseguindo colocar o projeto em prática, o maior beneficiário será o paciente e o sucesso do projeto possibilitará que outros profissionais da saúde dêem continuidade à presente ação, alcançando o ideal de pleno funcionamento das UBS.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar e executar o projeto de intervenção para introdução do cuidado continuado ao paciente com hipertensão arterial sistêmica na UBS São Francisco em Rio Paranaíba - MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Facilitar o atendimento do paciente na UBS através da formulação de uma agenda programada para atender os pacientes hipertensos, aumentando assim o vínculo da equipe de saúde com o paciente;
- Realizar a classificação de risco dos pacientes hipertensos e realizar o acompanhamento dos mesmos de acordo com a gravidade da doença;
- Estimular hábitos de vida mais saudáveis e estimular a prática regular de atividade física como intuito de diminuir o percentual de obesos e sedentários na comunidade;
- Aprimorar o trabalho da equipe através da criação de protocolos para aumentar a eficácia das atividades propostas.

## 4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção para a introdução do cuidado continuado ao paciente portador de HAS na UBS São Francisco no município de Rio Paranaíba – MG associado a uma revisão bibliográfica e webliográfica do tema.

Após a busca de materiais sobre o tema e as reuniões de equipe, foi proposto iniciar o projeto com o cadastramento dos hipertensos da área e realizar a partir daí a classificação de risco dos pacientes.

O cadastramento será feito através das visitas dos ACS's, consultas de enfermagem e médica. O município possui uma ficha de acompanhamento do paciente hipertenso em que são anotados os dados pertinentes à consulta, como grupo de risco, alcoolismo, diabetes, exames realizados, meses de consultas (anexo B). Porém, essa ficha será adaptada para a inserção de dados antropométricos e de outros dados pertinentes do paciente. Assim, todos os pacientes cadastrados terão essa ficha de acompanhamento.

Há ainda uma ficha de acompanhamento do paciente hipertenso/diabético do programa Hiperdia do MS (Anexo C). De acordo com o DATASUS/HIPERDIA (2016), o programa Hiperdia é destinado ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Contudo, apenas alguns pacientes possuem essa ficha em seus prontuários, mas como a adesão foi baixa e os dados são antigos, o município não dispõe mais dessa ficha, assim, não será utilizada no trabalho.

Segundo as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (2013), a classificação de risco tem o objetivo de classificar o usuário de acordo com a gravidade de sua patologia. Primeiramente, o paciente será classificado de acordo com os níveis pressóricos.

De acordo com as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica do Ministério da Saúde (2013), a avaliação dos níveis pressóricos deverá ser realizada em todos os pacientes acima de 18 anos e o diagnóstico é confirmado com a média aritmética da PA  $\geq 140 \times 90$  mmHg em pelo menos 3 dias com

intervalo de uma semana entre as medidas. A partir daí é possível classificar em relação aos estágios da PA.

**Figura 2** – Classificação da pressão arterial em maiores de 18 anos

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

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

**Fonte:** VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010).

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

Em seguida, a classificação de risco cardiovascular será realizada pela enfermeira ou pela médica e as escalas utilizadas serão através do *Framingham Heart Study*, que leva em consideração a faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores da razão entre o colesterol total e a fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes (figuras 3, 4, 5 e 6). Essa escala prediz o risco de um evento cardiovascular em 10 anos e é modificada para ambos os sexos. (LOTUFO, 2008). Também será considerada na classificação o que a VII Diretriz de Hipertensão (2016) também leva em consideração se o paciente hipertenso apresenta fatores de risco adicionais (Figuras 7, 8, 9 e 10). Assim, foi criada uma ficha (Apêndice A) para os dados serem anotados e anexados nos prontuários dos pacientes, além de ser realizada uma lista em documento *word* da classificação dos pacientes hipertensos.



**Figura 3** – Atribuição de pontos de acordo com a escala de Framingham segundo o sexo masculino

| Pontos | Idade (anos) | HDL-C | CT      | PAS (não tratada) | PAS (tratada) | Fumo | 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           | 120-139       |      |          |
| 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+          |       |         |                   |               |      |          |
| Pontos |              |       |         |                   |               |      | Total    |

*HDL-C: colesterol da lipoproteína de alta densidade; PAS: pressão arterial sistólica; CT: colesterol total*

**Fonte:** I Diretriz de Prevenção Cardiovascular (2013).

A escala de Framingham é modificada de acordo com o sexo, pois sabe-se que há uma variação entre os gêneros em relação a determinadas patologias. Na figura 3 é possível verificar os pontos de acordo com a idade, HDL, colesterol total, valores da pressão arterial tratada e não tratada, se é fumante e apresenta diabetes. A pontuação é atribuída de acordo com os itens presentes. Sendo assim, a possibilidade de se estimar o risco absoluto em dez anos permite ações preventivas, principalmente dirigir a estratégia populacional e a busca de alto risco (VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, 2016).

**Figura 4** – Risco global cardiovascular em 10 anos para homens

| Pontos        | Risco (%) | Pontos | Risco (%) |
|---------------|-----------|--------|-----------|
| ≤ -3 ou menos | <1        | 13     | 15,6      |
| -2            | 1,1       | 14     | 18,4      |
| -1            | 1,4       | 15     | 21,6      |
| 0             | 1,6       | 16     | 25,3      |
| 1             | 1,9       | 17     | 29,4      |
| 2             | 2,3       | 18+    | >30       |
| 3             | 2,8       |        |           |
| 4             | 3,3       |        |           |
| 5             | 3,9       |        |           |
| 6             | 4,7       |        |           |
| 7             | 5,6       |        |           |
| 8             | 6,7       |        |           |
| 9             | 7,9       |        |           |
| 10            | 9,4       |        |           |
| 11            | 11,2      |        |           |
| 12            | 13,2      |        |           |

**Fonte:** I Diretriz de Prevenção Cardiovascular (2013).

Quando o risco fica abaixo de 5%, o paciente é classificado como baixo risco, exceto aqueles com história familiar de DCV prematura, sendo reclassificado para risco intermediário. Homens com a escala entre 5% e 20% são inicialmente considerados de risco intermediário. São considerados de alto risco os homens com valores > 20%.

**Figura 5** – Atribuição de pontos de acordo com a escala de Framingham segundo o sexo feminino

| Pontos | Idade (anos) | HDL-C | CT      | PAS (não tratada) | PAS (tratada) | Fumo | 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           | 120-139       |      |          |
| 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+          |       |         |                   |               |      |          |
| Pontos |              |       |         |                   |               |      | Total    |

HDL-C: colesterol da lipoproteína de alta densidade;

PAS: pressão arterial sistólica

**Fonte:** I Diretriz de Prevenção Cardiovascular (2013).

A escala de Framingham para o sexo feminino mostra alteração nos valores de cada item avaliado, porém os itens são os mesmo para o sexo masculino como idade, HDL, colesterol total, valores da pressão arterial tratada e não tratada, se é fumante e apresenta diabetes.

**Figura 6** – Risco global cardiovascular em 10 anos para mulheres

| Pontos | Risco (%) | Pontos | Risco (%) |
|--------|-----------|--------|-----------|
| ≤ -2   | <1        | 13     | 10,0      |
| -1     | 1,0       | 14     | 11,7      |
| 0      | 1,2       | 15     | 13,7      |
| 1      | 1,5       | 16     | 15,9      |
| 2      | 1,7       | 17     | 18,5      |
| 3      | 2,0       | 18     | 21,6      |
| 4      | 2,4       | 19     | 24,8      |
| 5      | 2,8       | 20     | 28,5      |
| 6      | 3,3       | 21+    | >30       |
| 7      | 3,9       |        |           |
| 8      | 4,5       |        |           |
| 9      | 5,3       |        |           |
| 10     | 6,3       |        |           |
| 11     | 7,3       |        |           |
| 12     | 8,6       |        |           |

**Fonte:** I Diretriz de Prevenção Cardiovascular (2013).

Como supracitado, quando o risco fica abaixo de 5%, o paciente é classificado como baixo risco, exceto aqueles com história familiar de DCV prematura, sendo assim reclassificado como risco intermediário. Para mulheres entre 5% e 10% também são inicialmente considerados de risco intermediário. São considerados de alto risco as mulheres com valores na escala > 10%.

A grande maioria da população hipertensa demonstra FR adicionais. Por isso, a avaliação do risco cardiovascular depende de informações obtidas na história clínica, no exame físico e através de exames complementares, sempre objetivando a identificação de coexistência de outros fatores de risco cardiovasculares (Figura 7), presença de lesões de órgão-alvo da hipertensão (Figura 8) e diagnóstico de DCV ou doença renal já estabelecida (Figura 9).

**Figura 7** – Fatores de risco cardiovascular na avaliação do risco adicional no hipertenso

- 
- Sexo masculino
  - Idade
    - Homens  $\geq 55$  anos ou mulheres  $\geq 65$  anos
  - História de DCV prematura em parentes de 1º grau
    - Homens  $< 55$  anos ou mulheres  $< 65$  anos
  - Tabagismo
  - Dislipidemia
    - Colesterol total  $> 190$  mg/dl e/ou
    - LDL-colesterol  $> 115$  mg/dl e/ou
    - HDL-colesterol  $< 40$  mg/dl nos homens ou  $< 46$  mg/dl nas mulheres e/ou
    - Triglicédeos  $> 150$  mg/dl
  - Resistência à insulina
    - Glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl
    - Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas
    - Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%
  - Obesidade
    - IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>
    - CA  $\geq 102$  cm nos homens ou  $\geq 88$  cm nas mulheres
- 

DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal.

**Fonte:** VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

**Figura 8** – Lesão de órgão-alvo na avaliação do hipertenso

- 
- Hipertrofia ventricular esquerda
    - IECG: índice Sokolow-Lyon ( $SV_1 + RV_5$  ou  $RV_6$ )  $\geq 35$  mm
    - IECG: RaVL  $> 11$  mm
    - IECG: Cornell voltagem  $> 2440$  mm<sup>2</sup>ms
    - IEEO: IMVE  $> 115$  g/m<sup>2</sup> nos homens ou  $> 95$  g/m<sup>2</sup> nas mulheres
  - EMI da carótida  $> 0,9$  mm ou placa carotídea
  - VOP carótido-femoral  $> 10$  m/s
  - ITB  $< 0,9$
  - Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30-60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>)
  - Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300 mg/g
- 

ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; EMI: espessura mediointimal; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso; ITB: índice tomazelo-braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

**Fonte:** VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

**Figura 9** – Doença cardiovascular e renal estabelecida para avaliação do risco adicional no hipertenso

- Doença cerebrovascular
  - AVE isquêmico
  - Hemorragia cerebral
  - Ataque isquêmico transitório
- Doença da artéria coronária
  - Angina estável ou instável
  - Infarto do miocárdio
  - Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica
  - Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada
  - Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores
  - Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) ou albuminúria > 300 mg/24 h
  - Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema

AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.

**Fonte:** VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

**Figura 10** – Estratificação de risco no paciente hipertenso segundo os fatores de risco adicionais, presença de lesões de órgão-alvo e de doença cardiovascular ou renal

|                                 | PAS 130-139 ou PAD 85-89 | HAS Estágio 1<br>PAS 140-159 ou PAD 90-99 | HAS Estágio 2<br>PAS 160-179 ou PAD 100-109 | HAS Estágio 3<br>PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110 |
|---------------------------------|--------------------------|---|---|---|
| Sem fator de risco              | Sem Risco Adicional      | Risco Baixo                               | Risco Moderado                              | Risco Alto                              |
| 1-2 fatores de risco            | Risco Baixo              | Risco Moderado                            | Risco Alto                                  | Risco Alto                              |
| ≥ 3 fatores de risco            | Risco Moderado           | Risco Alto                                | Risco Alto                                  | Risco Alto                              |
| Presença de LOA, DCV, DRC ou DM | Risco Alto               | Risco Alto                                | Risco Alto                                  | Risco Alto                              |

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes melito; LOA: lesão em órgão-alvo.

**Fonte:** VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

Após a classificação dos pacientes, os mesmos serão avaliados através da solicitação de exames preconizados pelas VII Diretrizes de Hipertensão (2016) de acordo com sua gravidade. Os exames de rotina deverão ser solicitados para todos os pacientes hipertensos são análise de urina (EAS ou urina I), potássio plasmático, glicemia de jejum, hemoglobina glicada (HbA1c), ritmo de filtração glomerular

estimado, creatinina plasmática, colesterol total, HDL (*high density cholesterol*), triglicérides, ácido úrico plasmático e ECG convencional.

Para o cálculo do LDL (*low density cholesterol*) é utilizada a fórmula: LDL-C = colesterol total - (HDL-C + triglicérides/5) (quando a dosagem de triglicérides for menor que 400 mg/dL).

A estimativa do ritmo de filtração glomerular é calculada pela fórmula do CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Equation*), que pode ser acessada em: [www.nefrocalc.net](http://www.nefrocalc.net) RFG-e (ml/min/1,73m<sup>2</sup>). É dividida em estágios: Estágio 1:  $\geq 90$  = normal ou alto; Estágio 2: 60-89 = levemente diminuído; Estágio 3a: 45-59 = leve a moderadamente diminuído; Estágio 3b: 30-44 = moderada a extremamente diminuído; Estágio 4: 15-29 = extremamente diminuído; Estágio 5:  $< 15$  = doença renal terminal – KDIGO (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2016).

Contudo, em algumas situações há a indicação de exames complementares (figura 11) e os pacientes serão acompanhados de acordo com a necessidade.

**Figura 11** – Exames recomendados em população indicada

| Exame/ avaliação  | População recomendada e indicação   |
|---|---|
| Radiografia de tórax  | Acompanhamento de pacientes com suspeita clínica de comprometimento cardíaco (GR: IIa; NE: C) e/ou pulmonar.<br>Avaliação de hipertensos com comprometimento da aorta quando o ecocardiograma não está disponível. <sup>9</sup> |
| Ecocardiograma<br>Mais sensível do que o ECG no diagnóstico de HVE.<br>Agrega valor na avaliação das formas geométricas de hipertrofia e tamanho do átrio esquerdo, análise da função sistólica e diastólica.<br>Considera-se HVE quando a massa ventricular esquerda indexada para a superfície corpórea é igual ou superior a 116 g/m <sup>2</sup> em homens e 96 g/m <sup>2</sup> em mulheres. <sup>10</sup> | Presença de indícios de HVE ao ECG ou pacientes com suspeita clínica de IC (GR: I; NE: C).  |
| Albuminúria<br>Mostrou prever eventos CV fatais e não fatais.<br>Valores normais < 30 mg/24h (GR: I; NE: C). <sup>7,11*</sup>   | Pacientes hipertensos diabéticos, com síndrome metabólica ou com dois ou mais FR.   |
| US das carótidas<br>A medida da EMI das carótidas e/ou a identificação de placas predizem a ocorrência de AVE e IM independente de outros FRCV.<br>Valores da EMI > 0,9 mm têm sido considerados como anormais, assim como o encontro de placas ateroscleróticas (GR: IIa; NE: B). <sup>12</sup>  | Presença de sopro carotídeo, sinais de DCbV ou presença de doença aterosclerótica em outros territórios.  |
| US renal ou com Doppler   | Pacientes com massas abdominais ou sopro abdominal (GR: IIa; NE: B). <sup>13</sup>  |
| HbA1c   | - Quando glicemia de jejum > 99 mg/dl<br>- História familiar de DM tipo 2 ou diagnóstico prévio de DM tipo 2 e obesidade (GR: IIa; NE: B). <sup>14</sup>  |
| Teste ergométrico   | - Suspeita de DAC estável, DM ou antecedente familiar para DAC em pacientes com PA controlada (GR: IIa; NE: C). <sup>15</sup>   |
| MAPA/medidas residenciais de pressão arterial.  | - Segue a indicação convencional dos métodos (GR: IIa; NE: B).  |
| VOP<br>Considerado "padrão" para avaliação da rigidez arterial.<br>Valores acima de 12m/s são considerados anormais (GR: IIa; NE: B). <sup>16</sup>   | - Hipertensos de médio e alto risco.  |
| RNM do cérebro: para detecção de infartos silenciosos e micro hemorragias (GR: IIa; NE: C). <sup>17</sup>   | - Pacientes com distúrbios cognitivos e demência.   |

HVE: hipertrofia ventricular esquerda; CV: cardiovascular; FR: fator de risco; US: ultrassonografia; EMI: espessura mediotimital; AVE: acidente vascular encefálico; IM: infarto do miocárdio; FRCV: fator de risco cardiovascular; DCbV: doença cerebrovascular; HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes mellito; DAC: doença arterial coronariana; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; VOP: velocidade da onda de pulso; RNM: ressonância nuclear magnética.

\*A figura a seguir apresenta a classificação e a nomenclatura atual para albuminúria e RFG de acordo com KDIGO, 2012.<sup>7</sup>

**Fonte:** VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

Os pacientes serão acompanhados de acordo com sua classificação e o tratamento e o acompanhamento serão realizados de acordo com essa classificação (Figura 12).

**Figura 12** – Recomendações para início da terapia anti-hipertensiva

| Situação                                 | Abrangência (medida casual)   | Recomendação   | Classe | Nível de evidência |
|--|---|--|--------|--------------------|
| Início de intervenções no estilo de vida | Todos os estágios de hipertensão e PA 135-139/85-89 mmHg                                | Ao diagnóstico   | I      | A                  |
|  | Hipertensos estágio 2 e 3   | Ao diagnóstico   | I      | A                  |
|  | Hipertensos estágio 1 e alto risco CV   | Ao diagnóstico   | I      | B                  |
|  | Hipertensos idosos com idade até 79 anos  | PAS $\geq$ 140 mmHg  | Ila    | B                  |
|  | Hipertensos idosos com idade $\geq$ 80 anos   | PAS $\geq$ 160 mmHg  | Ila    | B                  |
| Início de terapia farmacológica          | Hipertensos estágio 1 e risco CV moderado ou baixo                                      | Aguardar 3 a 6 meses pelo efeito de intervenções no estilo de vida | Ila    | B                  |
|  | Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg e DCV preexistente ou alto risco CV                | Ao diagnóstico   | Iib    | B                  |
|  | Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg sem DCV pré-existente e risco CV baixo ou moderado | Não recomendado  | III    | -                  |

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; CV: cardiovascular; DCV: doença cardiovascular.

**Fonte:** VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (2016).

O paciente deverá ser acompanhado de forma multidisciplinar, com apoio da médica, enfermeira, psicóloga e nutricionista de acordo com suas necessidades e com os recursos disponíveis. Por exemplo, encaminhamento para nutrição, psicólogo. O paciente deverá ser acompanhado pela médica e enfermeira uma vez ao ano se apresentar baixo risco, duas vezes ao ano se moderado risco e três vezes se alto risco. Os ACS's deverão realizar visitas mensais, no mínimo 12 visitas ao ano, mas se necessário esse número poderá ser aumentado. Para que possa percorrer conforme assinalado anteriormente os “nós críticos” e os recursos necessários deverão ser abordados facilitando assim o cuidado do paciente e a adesão do mesmo para o próprio cuidado (LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA, 2013).

A pesquisa de dados teóricos foi realizada com os seguintes descritores do DeCS na língua portuguesa “Hipertensão”, “Atenção Primária à Saúde”, “Promoção à Saúde” e “Fatores de Risco”. Os dados utilizados para a pesquisa foram obtidos através da busca de artigos científicos, de manuais e protocolos do Ministério da Saúde (MS) e banco de

dados do IBGE. As bases de dados utilizadas para busca foram LILACS (Literatura latino-americana e do Caribe), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram encontrados diversos artigos sobre o tema, sendo selecionados os mais pertinentes, que constitui de diversos artigos e referências divididas entre diretrizes de HAS, prevenção cardiovascular, e cadernos e linhas guias de cuidado do Ministério da Saúde. Os materiais selecionados são do ano de 2008 até 2016.

Após essa análise, para que o projeto possa ser implementado é necessário que os recursos sejam viabilizados através da reunião da equipe com a gestão do município. O treinamento da equipe para a viabilização das ações será feito pela médica e enfermeira, durante as reuniões de equipe que ocorrem todas as quartas-feiras.



## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

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

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é também um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Nota-se que déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, é caracterizada como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida das pessoas (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2013, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por AVC e 47% por doença isquêmica do coração, ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Contudo, apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007.

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o

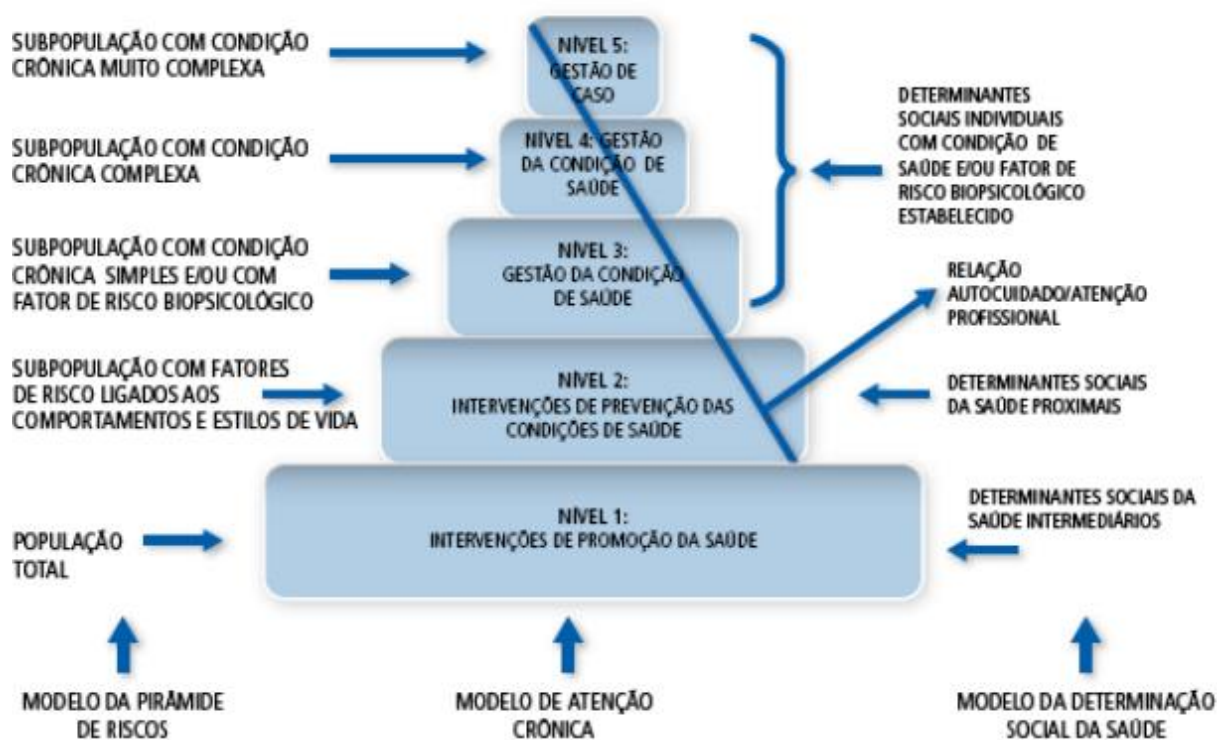
diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2013).

Em Minas Gerais, a SES/MG estima uma prevalência de HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos.

O governo de Minas Gerais em 2013 lançou uma linha-guia “Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica” voltada para os pacientes adultos com o objetivo de organizar a assistência aos usuários portadores de doenças crônicas em redes de atenção.

A organização do processo de trabalho nas equipes de saúde deve comportar ações desde o nível de promoção da saúde até o nível de gestão de casos. Para cada nível da pirâmide, ações diferenciadas se fazem necessárias. Sendo assim, é necessário compreender que grande parte da população, sob os cuidados de uma equipe de saúde, encontra-se nos níveis 1 e 2 de necessidades de intervenção.

**Figura 13** – Modelo de atenção às condições crônicas



**Fonte:** Linha guia de Minas Gerais, 2013

As intervenções de nível 1 devem ser aplicadas na população total. Elas estão relacionadas à macropolíticas, tais como educação, distribuição de renda, trabalho, habitação, lazer, saneamento, e, para a obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário realizar parcerias intersetoriais. No nível 2, as principais ferramentas a ser utilizadas são as ações que estimulam o comportamento e o estilo de vida saudáveis tanto no âmbito individual quanto no coletivo. É nesse nível que a atenção primária à saúde deve realizar o rastreamento das subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, de sedentários, de usuários excessivos de álcool, com alimentação inadequada, isto é, pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e do DM. No nível 3, encontram-se usuários com fatores de risco biológicos e usuários com condições crônicas, de baixo e médio risco, os quais devem ser foco de intervenções da atenção primária à saúde, relacionadas às ações de tratamento da condição crônica e de rastreamento das complicações da HAS e do DM. Nos níveis 4 e 5, as intervenções devem ser direcionadas aos usuários com condições crônicas complexas e muito complexas. Esses usuários frequentemente são acometidos por complicações dessas condições, sendo necessário o manejo do caso de maneira individualizada e em apoio com profissionais especialistas.

Segundo a linha guia supracitada, o rastreamento da HAS na população adulta, deve ser feito através da medida anual da PA. Em relação às crianças e aos adolescentes é recomendada a medida da PA em toda avaliação clínica após os 3 anos de idade, idade a partir da qual se deve aferir a PA pelo menos anualmente.

Conforme a linha guia supracitada (2013) propõe-se que a abordagem multidisciplinar em HAS possui o mais elevado grau de recomendação e força de evidência. Os membros da equipe multiprofissional devem trabalhar de acordo com as regulamentações de sua formação e respeitando sua especificidade, necessitando conhecer a ação individual de cada um dos outros membros, adequando-se ao local de trabalho. A vantagem dessa atuação, é que será maior o número de usuários assistidos, bem como a adesão ao tratamento, maior favorecimento de ações de pesquisa em serviço, maior alcance de promoção de ações educativas, tanto para os usuários quanto para os outros integrantes da equipe multiprofissional.

No município de Rio Paranaíba ainda não havia formulado uma proposta de intervenção para o cuidado continuado com os pacientes com patologias crônicas. Na

UBS São Francisco o número de hipertensos é elevado correspondendo a quase 20% da população. Dessa forma, o relatório anual de saúde do município (2016) mostra que a principal causa de morte no município é por doenças cardiovasculares. Sendo assim, o objetivo é que esse número possa ser alterado a partir do momento que se estabelece um trabalho voltado para essas patologias, como prevenção, detecção precoce e tratamento adequado.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de atenção básica. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Sendo assim, os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, dessa forma, devem envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010). Um dos maiores desafios para as equipes da atenção básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

É papel fundamental da atenção básica o cuidado continuado com esses pacientes, com o objetivo de controlar os fatores de risco e prevenir patologias

decorrentes da HAS mal controlada. Uma forma desse cuidado é através da estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham, pois serve como uma ferramenta para definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe.

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “ausência de cuidado continuado com a pessoa portadora de hipertensão arterial sistêmica”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe da UBS São Francisco se reuniu nos dias 03, 04 e 05/10/16 para realizar o diagnóstico situacional do território da equipe. Durante essas reuniões os agentes comunitários de saúde foram os que mais apontaram problemas, principalmente por eles terem o contato mais próximo com a comunidade. Assim, durante esse processo foi realizada a estimativa rápida com a equipe. No entanto, foi possível perceber que é inviável realizar a intervenção e elaborar um plano de ação para todos os problemas citados, assim a equipe selecionou os problemas mais pertinentes e que poderiam ser abordados de maneira mais objetiva no primeiro momento.

### **6.1 Descrição e explicação do problema selecionado**

Diante de tantos problemas apontados resolveu-se selecionar um número definido de problemas a serem abordados e abaixo segue a lista dos principais problemas apontados pela equipe e pela própria população:

1. Ausência de cuidado continuado com os doentes crônicos, em especial com os pacientes portadores de HAS;
2. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos, inclusive por idosos;
3. Uso indiscriminado de medicações controladas;
4. Má adesão ao tratamento proposto.

Infelizmente, foi possível perceber que muitas vezes o paciente deixa de ir a UBS devido à distância, pois ela fica localizada na periferia das áreas de abrangência da equipe, com isso vão gerando vários problemas, inclusive na adesão de atividades propostas pela equipe que acontecem na unidade básica. Porém, como fica fora da alçada da equipe foi discutido que tentaríamos outras formas de abordar o paciente mais

perto da sua casa, como por exemplo, realizar palestras na própria Secretaria de Saúde, pois fica localizada na região central da área de abrangência. Contudo, mesmo assim ainda dependemos de terceiros e de uma infra-estrutura que não comporta reuniões com muitas pessoas, devido à falta de espaço.

O que mais chamou a atenção foi o fato da unidade não ter uma agenda. Os pacientes eram atendidos conforme a ordem de chegada, assim muitos chegavam antes das 06:00 horas para aguardar na fila, com isso sequer havia uma agenda programada e os pacientes crônicos, muitas vezes, eram atendidos nos momentos de agudização de suas doenças. Assim, a equipe apontou esse problema como o mais importante, inclusive o projeto de intervenção será realizado sobre ele. No município, a principal causa de mortalidade é por doenças cardiovasculares e como não há esse cuidado com o paciente ficou decidido que a equipe irá intervir na população para tentar diminuir essa mortalidade ou pelo menos tentar diminuir as morbidades relacionadas às consequências do mau controle dos pacientes hipertensos, pois um portador de HAS descontrolada pode ter um acidente vascular encefálico e com isso ter sequelas e limitar sua autonomia e até mesmo não ter capacidade de trabalhar mais e com isso altera toda a estrutura familiar que conseqüentemente pode vir a ter outros problemas virando assim um ciclo de adoecimento no próprio âmbito familiar.

O terceiro problema apontado foi a falta de planejamento em ações de saúde. São promovidos poucos eventos com o objetivo de instruir e capacitar a população com o cuidado de si. Durante o período que atendo na UBS São Francisco não foram realizadas ações voltadas para prevenção e promoção de saúde. O problema disso é que não depende só de mim para ter êxito e muitas vezes há uma demanda de profissionais qualificados e recursos financeiros, porém a gestão não nos fornece os insumos necessários. A partir do apontamento desse problema ficou de discutir com a gestão o que pode ser melhorado, porém esse ano muitas coisas não podem ser alteradas devido à troca da gestão que será realizada no início do ano. Assim, estão aguardando as mudanças na próxima gestão para saber o que poderá ser realizado.

Infelizmente Rio Paranaíba é um município pequeno que sofre grande influência política. Assim, a equipe afirmou que quando muda o prefeito há uma mudança com os funcionários, ou seja, se for concursado pode ser deslocado para outro setor e se for contratado e contra a nova política pode ser demitido. Isso prejudica muito o trabalho e

com isso acabam faltando profissionais necessários para o bom andamento da UBS. Um exemplo bem recente é que a outra UBS que está alocada na nossa unidade ficou aproximadamente 02 meses sem enfermeira e foi muito difícil achar um profissional, pois afirmavam “é ano eleitoral não podemos ficar contratando profissionais”. Com isso, houve um certo prejuízo no andamento da UBS, inclusive da que atuo, pois a enfermeira teve que ficar responsável pelas duas unidades, sobrecarregado seu serviço.

Outro problema apontado foi o uso indiscriminado de medicações controladas, pois infelizmente muitos idosos utilizam benzodiazepínicos que são medicações que não devem ser utilizadas nessa faixa etária. Contudo, nunca foi feita uma avaliação sobre isso e ao analisar os prontuários, muitos pacientes sequer iam à consulta para buscar a receita, simplesmente ia um parente próximo até mesmo um vizinho ou amigo. É lamentável isso, pois interfere na qualidade de vida do indivíduo, pois há comprovação dos malefícios dessas medicações a longo prazo e muitos profissionais para “ficarem livre” do paciente acabam prescrevendo sem se importar com os potenciais riscos envolvidos com o uso indiscriminado de medicações controladas. Ainda tem outro problema, em algumas farmácias há a venda de medicação com a segunda via do receituário controlado, assim fui obrigada a não carimbar essa via para ter o controle do uso das medicações pelo paciente. Infelizmente, para a resolução desse problema dependemos de uma cadeia longa, envolvendo desde o paciente até a gestão, inclusive as farmácias e isso não está próximo de resolver e seria gerar muitos conflitos com farmacêuticos do município e a gestão não tem esse intuito no momento.

Dessa forma, a falta do cuidado continuado com os pacientes crônicos, especialmente os pacientes com HAS foi definida como o principal problema a ser abordado pela equipe nesse primeiro momento, pois da população cadastrada 19% são constituídos de hipertensos sendo que menos de 10% desses pacientes são acompanhados conforme as linhas guias de cuidado com o paciente hipertenso recomendam.

## **6.2 Seleção dos nós críticos**

De acordo com Campos, Faria e Santos(2010), a identificação das causas dos problemas é fundamental, pois, para se enfrentar um problema é necessário atacar as



suas causas. Dessa forma, é preciso realizar uma análise que seja capaz de identificar as causas consideradas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas.

Quando a causa de um problema é abordada promove impactos sobre o problema sendo capaz de transformá-lo. É nesse momento que entra o nó crítico, pois ele remete a idéia de algo sobre o qual é possível intervir, que se encontra dentro do espaço de governabilidade. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os problemas considerados como os “nós críticos” da UBS São Francisco são a distância da unidade que dificulta o acesso; falta de agendamento das consultas; hábitos e estilos de vida; processo de trabalho da equipe de saúde ineficaz.

### **6.3 Desenho das operações**

As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a realização dessas operações são necessários vários recursos como econômicos (financeiros), organizacionais, cognitivos e de poder (políticos). Para que se tenha sucesso ao realizar o plano de ação todos os recursos devem ser valorizados em igual proporção.

Assim, é fundamental, termos em mente, que os produtos e os resultados esperados das operações, pois eles ajudam na avaliação do plano de ação. A UBS São Francisco propôs as operações e projetos necessários para a sua solução do problema e dos “nós críticos” escolhidos, bem como os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

O quadro abaixo mostra os pontos críticos em relação ao problema escolhido, no caso, a falta do cuidado continuado com os pacientes hipertensos cadastrados na UBS São Francisco.

**Quadro 2** – Desenho das operações para os “nós críticos” na falta do cuidado continuado com pacientes hipertensos na UBS São Francisco no município de Rio Paranaíba - MG

| <b>Nós críticos</b>         | <b>Operação/Projeto</b>   | <b>Resultados esperados</b>   | <b>Produtos</b>  | <b>Recursos necessários</b>  |
|-----------------------------|---|---|--|--|
| <b>Localização da UBS</b>   | <p><b>Saúde mais perto de casa</b></p> <p>Facilitar o atendimento do paciente.</p> <p>Aumentar o vínculo da equipe de saúde com o paciente.</p> | <p>Levar o médico até o paciente quando não tiver meios de ir à unidade para aumentar o número de pacientes crôni-cos acompanhados conforme a necessidade.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas domiciliares frequentes;</li> <li>- Panfletos sobre os cuidados com a saúde;</li> <li>- Consultas pré-agendadas.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Financeiros: para confeccionar os panfletos explicativos.</li> <li>- Organizacional: automóvel para locomoção do médico até a residência do paciente, profissionais capacitados para atender o paciente no domicílio.</li> <li>- Cognitivo: materiais para treinamento e informação sobre o cuidado do paciente no ambiente domiciliar.</li> <li>- Político: mobilização social.</li> </ul> |
| <b>Falta de agendamento</b> | <p><b>UBS cuidando de você</b></p> <p>Facilitar o atendimento do paciente.</p> <p>Cuidado programado continuado.</p>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a adesão dos pacientes quando a consulta tem horário definido;</li> <li>- Diminuir as filas de espera e superlotação na unidade;</li> <li>- Realizar o cuidado dos pacientes hipertensos segundo protocolos pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenda pré-definida</li> <li>- Consultas com horário agendado;</li> <li>- Atividades instrutivas enquanto os pacientes aguardam pela consulta;</li> <li>- Grupos para enfrentamento dos problemas crôni-cos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Financeiros: revistas, equipamento de televisão e data show.</li> <li>- Organizacional: disponibilizar mais cadeiras na recepção, televisão com programas educacionais; revistas e outros insumos contendo informações sobre saúde e sobre autonomia do paciente com o cuidado.</li> <li>- Cognitivos: profissionais capacitados para atendimento e acolhimento;</li> </ul>                 |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
|   |  |   |   | <p>disponibilização de informações de acordo com a escolaridade do paciente.</p> <p>- Político: mobilização social; aprovação da mudança do agendamento pela Coordenadora da atenção básica.</p>   |
| <b>Hábitos e estilo de vida</b>                         | <p><b>- Mais Saúde/Nutrimais</b></p> <p>Promover hábitos de vida mais saudáveis e estimular a prática regular de atividade física.</p> <p>Diminuir o percentual de obesos e sedentários.</p> | <p>- Promover a realização de atividade física próximo à casa do paciente;</p> <p>- Diminuir o número de obesos e sedentários;</p> <p>- Melhorar a alimentação da população;</p> <p>- Controlar fatores de risco cardiovascular</p> | <p>- Atividades voltadas de acordo com a faixa etária do paciente; aulas de dança;</p> <p>- Grupos de alimentação saudável;</p> <p>- Caminhada no bairro;</p> <p>- Rodas de conversa.</p> | <p>- Organizacionais: espaço para realizar as atividades próximas do usuário; profissionais capacitados; folhetos informativos.</p> <p>- Políticos: interse-torial com a rede, mobilização social, disponibilizar o local para atividades.</p> <p>- Financeiros: folhetos explicativos, contratar profissionais para as aulas; materiais para as atividades.</p> <p>- Cognitivos: informação sobre os hábitos de vida e como eles interferem no adoecimento.</p> |
| <b>Processo de trabalho da equipe de saúde ineficaz</b> | <p><b>Linhas de cuidado</b></p> <p>Seguir protocolos para aumentar a eficácia das atividades.</p>  | <p>- Aumentar a adesão da população;</p> <p>- Implementar um protocolo de cuidado continuado;</p> <p>- Capacitar os ACSs para reconhecer aqueles pacientes que necessitam de</p>  | <p>- Consultas pré-agendadas;</p> <p>- Busca ativa dos pacientes hipertensos;</p> <p>- Estratificação de risco dos pacientes;</p> <p>-Boa comunicação</p>                                 | <p>- Organizacionais: profissionais capacitados; agenda programada, reuniões de equipe periódicas.</p> <p>- Políticos: interse-torial com a rede, mobilização social, articulação entre setores.</p>   |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  |  | <p>acompanhamento mais de perto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar a equipe para realizar estratificação de risco das famílias;</li> <li>- Ter cobertura acima de 80 % dos pacientes hipertensos.</li> </ul> | <p>entre a equipe;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a resolubilidade dos problemas;</li> <li>- Protocolos de saúde.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Financeiros: adquirir materiais de instrução dos profissionais; cursos de atualização.</li> <li>- Cognitivos: elaboração de linhas de cuidado, insumos necessários para o treinamento da equipe.</li> </ul> |
|--|--|---|---|--|

**Quadro 3** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “localização da UBS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Francisco, do município de Rio Paranaíba – MG.

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 1</b>  | Localização da UBS  |
| <b>Operação</b><br>(operações)                             | Saúde mais perto de casa  |
| <b>Projeto</b>   | Facilitar o atendimento do paciente   |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Levar o médico até o paciente quando não tiver meios de ir à unidade para aumentar o número de pacientes crônicos acompanhados conforme a necessidade.  |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Maior vínculo dos pacientes com a UBS   |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Estrutural: automóvel para locomoção da médica até a residência do paciente, profissionais capacitados para atender o paciente no domicílio.<br>Cognitivo: materiais para treinamento e informação sobre o cuidado do paciente no ambiente domiciliar.<br>Financeiro: para confecção dos panfletos explicativos.<br>Político: mobilização social. |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Estrutural: automóvel para locomoção do médico até a residência do paciente.<br>Financeiro: para aquisição de folhetos explicativos e o automóvel.  |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | Gestão do município em conjunto com a equipe  |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Consultas domiciliares frequentes;<br>Panfletos sobre os cuidados com a saúde;<br>Consultas pré-agendadas.  |
| <b>Prazo</b>   | Março – abril/2017  |
| <b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b> | Equipe de Saúde da Família  |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | Avaliação periódica das ações através da reunião de equipe uma vez ao mês após a implantação do projeto.  |

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS ainda é um grave problema de saúde pública, representando uma grande causa de morbimortalidade entre a população mundial, inclusive a brasileira. No município de Rio Paranaíba as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte. Contudo, ainda apresentamos dificuldades no controle dos fatores de risco associados as doenças cardiovasculares, pois muitas pessoas não buscam a unidade para controle periódico, ou seja, de forma preventiva, mas sim em momentos de repercussões clínicas.

Dessa forma, o manejo dos pacientes hipertensos ainda é um grande problema na UBS São Francisco devido à baixa adesão ao tratamento e por muitas vezes o paciente só buscar atendimento no caso de complicações ou agudização de sua doença. Além disso, a falta de vínculo da UBS com o paciente acaba prejudicando esse cuidado, pois muitas vezes há uma elevada rotatividade de profissionais e muitas vezes o processo de trabalho acaba sendo interrompido e assim, prejudicado.

Por conseguinte, é importante que a atenção básica esteja atenta para os pacientes que apresentem fatores de risco e até mesmo risco elevado para as DCV's, pois assim é possível promover estratégias voltadas para o cuidado continuado desses pacientes com um acompanhamento adequado e por períodos pré-determinados. Sendo assim, é possível reduzir o número de problemas decorrentes do mau controle dessas patologias, inclusive diminuir o número de óbitos por causas preveníveis, além de diminuir os custos, a longo prazo, das complicações. Para que isso ocorra é necessário que se faça um planejamento do trabalho da equipe e que todos estejam engajados para melhorar as condições de vida da população.

## REFERENCIAS

BRASIL. Arquivos online. **HIPERDIA / DATASUS**. 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 21 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico do município**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=315550&search=minas-gerais|rio-paranaiba|infograficos:-historico>>. Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Minas Gerais: Rio Paranaíba**. 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315550>>. Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese das informações**. Senso demográfico, 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=315550&idtema=16&search=minas-gerais|rio-paranaiba|sinthese-das-informacoes>>. Acesso em: 19 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento estratégico situacional**. In: Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.: il.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.: il.

CORRÊA, Edison José; Vasconcelos, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 140 p.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Revista Med.**, São Paulo, vol. 87, n. 4, p. 232-237, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte: SES/MG, 2013. 204 p.

RELATÓRIO anual de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Paranaíba, Minas Gerais. Rio Paranaíba, 2016. 28 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 6, dez. 2013. Suplemento 2. 78 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, 2010. Suplemento 1. 51 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 107, n. 3, 2016. Suplemento 3. 83 p. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2016.

**APÊNDICE A** – Ficha para cálculo do risco cardiovascular do paciente hipertenso e/ou diabético



## ATENÇÃO AO PACIENTE HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

Paciente: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_ MA: \_\_\_\_\_

**Tabela 6 - Fatores de risco cardiovascular adicionais nos pacientes com HAS**

|  |
|--|
| Idade (homem > 55 e mulheres > 65 anos)  |
| Tabagismo  |
| Dislipidemias: triglicérides > 150 mg/dL;<br>LDL colesterol > 100 mg/dL; HDL < 40 mg/dL        |
| Diabetes melito  |
| História familiar prematura de doença cardiovascular:<br>homens < 55 anos e mulheres < 65 anos |

**Tabela 7 - Identificação de lesões subclínicas de órgãos-alvo**

|  |
|--|
| ECG com HVE (Sokolow-Lyon > 35 mm; Cornell > 28 mm para homens (H); > 20 mm para mulheres (M)) |
| ECO com HVE (índice de massa de VE > 134 g/m <sup>2</sup> em H ou 110 g/m <sup>2</sup> em M)   |
| Espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou presença de placa de ateroma                   |
| Índice tomozele braquial < 0,9   |
| Depuração de creatinina estimada < 60 ml/min/1,72 m <sup>2</sup>                               |
| Baixo ritmo de filtração glomerular ou clearance de creatinina (< 60 ml/min)                   |
| Microalbuminúria 30 – 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina > 30 mg por g                  |
| Velocidade de onda de pulso (se disponível) > 12 m/s   |

**Tabela 8 - Condições clínicas associadas a hipertensão**

|  |
|--|
| Doença cerebrovascular (AVE, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva)                  |
| Doença cardíaca (infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca)    |
| Doença renal: nefropatia diabética, déficit importante de função (clearance < 60 ml/min) |
| Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema                               |
| Doença arterial periférica   |
| AVE - acidente vascular encefálico; AVEI - AVE isquêmico; AVEH - AVE hemorrágico.        |

**Estadiamento e classificação da doença renal crônica**

| Estágio | Filtração Glomerular (ml/min) | Grau de Insuficiência Renal                         |
|---------|-------------------------------|---|
| 0       | > 90                          | Grupos de Risco para DRC<br>Ausência de Lesão Renal |
| 1       | > 90                          | Lesão Renal com<br>Função Renal Normal              |
| 2       | 60 – 89                       | IR Leve ou Funciona                                 |
| 3       | 30 – 59                       | IR Moderada ou Laboratorial                         |
| 4       | 15-29                         | IR Severa ou Clínica                                |
| 5       | < 15                          | IR Terminal ou Dialítica                            |

IR = insuficiência renal; DRC=doença renal crônica.

**Tabela 9 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)**

| Outros fatores de risco ou doenças   | Normotensão                       |                                       |  | Hipertensão                           |   |                                     |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
|                                      | Ótimo<br>PAS < 120<br>ou PAD < 80 | Normal<br>PAS 120–129<br>ou PAD 80–84 | Limítrofe<br>PAS 130–139<br>ou PAD 85–89 | Estágio 1<br>PAS 140–159<br>PAD 90–99 | Estágio 2<br>PAS 160–179<br>PAD 100–109 | Estágio 3<br>PAS ≥ 180<br>PAD ≥ 110 |
| Nenhum fator de risco                | Risco basal                       | Risco basal                           | Risco basal                              | Baixo risco adicional                 | Moderado risco adicional                | Alto risco adicional                |
| 1–2 fatores de risco                 | Baixo risco adicional             | Baixo risco adicional                 | Baixo risco adicional                    | Moderado risco adicional              | Moderado risco adicional                | Risco adicional muito alto          |
| ≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM | Moderado risco adicional          | Moderado risco adicional              | Alto risco adicional                     | Alto risco adicional                  | Alto risco adicional                    | Risco adicional muito alto          |
| Condições clínicas associadas        | Risco adicional muito alto        | Risco adicional muito alto            | Risco adicional muito alto               | Risco adicional muito alto            | Risco adicional muito alto              | Risco adicional muito alto          |

LOA - lesão de órgãos-alvos; SM - síndrome metabólica; DM - diabetes melito.

# Risco Cardiovascular em 10 anos

## Escore de Framingham

Identificação:

Nome: 

Idade:

| Idade | Homens | Mulheres |
|-------|--------|----------|
| 20-34 | -1     | -9       |
| 35-39 | 0      | -4       |
| 40-44 | 1      | 0        |
| 45-49 | 2      | 3        |
| 50-54 | 3      | 6        |
| 55-59 | 4      | 7        |
| 60-64 | 5      | 8        |
| 65-69 | 6      | 8        |
| 70-74 | 7      | 8        |

Digite o n° de pontos correspondente a sua idade: 

Pressão Arterial:

| PAS     | PAD     | Homens | Mulheres |
|---------|---------|--------|----------|
| <120    | <80     | 0      | -3       |
| 120-129 | 80-84   | 0      | 0        |
| 130-139 | 85-89   | 1      | 0        |
| 140-159 | 90-99   | 2      | 2        |
| >ou=160 | >ou=100 | 3      | 3        |

Quando PAS e PAD discordarem, use o mais alto.

Digite n° de pontos correspondente a PAS & PAD: 

Diabetes Mellitus:

| Diabetes Mellitus: | Homens | Mulheres |
|--------------------|--------|----------|
| Sim                | 2      | 4        |
| Não                | 0      | 0        |

Digite n° de pontos correspondente ao Diabetes: 

Colesterol Total:

| Colesterol Total: | Homens | Mulheres |
|-------------------|--------|----------|
| < 160             | -3     | -2       |
| 160 - 199         | 0      | 0        |
| 200 - 239         | 1      | 1        |
| 240 - 279         | 2      | 1        |
| > ou = 280        | 3      | 3        |

Digite aqui o n° de pontos correspondente ao seu Colesterol: 

Fumo:

| Fumo: | Homens | Mulheres |
|-------|--------|----------|
| Sim   | 2      | 2        |
| Não   | 0      | 0        |

Digite n° de pontos correspondente ao Fumo: 

Colesterol HDL:

| HDL-C:    | Homens | Mulheres |
|-----------|--------|----------|
| <35       | 2      | 5        |
| 35 - 44   | 1      | 2        |
| 45 - 49   | 0      | 1        |
| 50 - 59   | 0      | 0        |
| > ou = 60 | -1     | -3       |

Digite aqui o n° de pontos correspondente ao seu HDL: 

Calcule a soma dos Pontos (Escore):

| Homens:                  | Baixo   |      |    |    |    |    | Médio |     |     |     | Alto |     |     |     |     |         |
|--------------------------|---------|------|----|----|----|----|-------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|---------|
|                          | Escore: | < -1 | 0  | 1  | 2  | 3  | 4     | 5   | 6   | 7   | 8    | 9   | 10  | 11  | 12  | 13      |
| Risco de DCV em 10 anos: | 2%      | 3%   | 3% | 4% | 5% | 7% | 8%    | 10% | 13% | 16% | 20%  | 25% | 31% | 37% | 45% | > = 53% |

| Mulheres:                | Baixo   |      |    |    |    |    | Médio |    |    |    | Alto |    |     |     |     |     |     |     |     |         |
|--------------------------|---------|------|----|----|----|----|-------|----|----|----|------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|
|                          | Escore: | < -2 | -1 | 0  | 1  | 2  | 3     | 4  | 5  | 6  | 7    | 8  | 9   | 10  | 11  | 12  | 13  | 14  | 15  | 16      |
| Risco de DCV em 10 anos: | 1%      | 2%   | 2% | 2% | 3% | 3% | 4%    | 4% | 5% | 6% | 7%   | 8% | 10% | 11% | 13% | 15% | 18% | 20% | 24% | > = 27% |

## ANEXO A – Ficha de cadastro individual

| e-SUS<br>Atenção Básica   |  | CADASTRO INDIVIDUAL   |  | DIGITADO POR  | DATA: / / |
|---|--|---|--|---|-----------|
|   |  |   |  | CONFERIDO POR   | FOLHA Nº  |
| Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*   |  | Cód. CNES UNIDADE*  | Cód. EQUIPE (INE)*   | MICROÁREA   | DATA: / / |
| IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO  |  | RESPONSÁVEL FAMILIAR  |  |   |           |
| Nº DO CARTÃO SUS  |  | E o responsável?  |  | Nº DO CARTÃO SUS  |           |
|   |  | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  | DATA DE NASCIMENTO: / /   |           |
| NOME COMPLETO:*   |  |   |  |   |           |
| NOME SOCIAL   |  |   |  | DATA DE NASCIMENTO: / /   |           |
| SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino  |  | RAÇA / COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena |  | Nº NIS (PIS/PASEP):   |           |
| NOME COMPLETO DA MÃE:*  |  |   |  |   |           |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido   |  |   |  |   |           |
| NACIONALIDADE: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro  |  | PAÍS DE NASCIMENTO  |  | TELEFONE CELULAR: ( )   |           |
| MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**   |  |   |  | E-MAIL  |           |
| INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS   |  |   |  |   |           |
| RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR  |  |   |  | OCUPAÇÃO  |           |
| <input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a)<br><input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente   |  |   |  |   |           |
| FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  |   |  |   |           |
| QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?  |  |   |  | SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO   |           |
| <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª)<br><input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)<br><input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobot, etc)<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum<br><input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) |  |   |  | <input type="radio"/> Empregador<br><input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho<br><input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho<br><input type="radio"/> Autônomo com previdência social<br><input type="radio"/> Autônomo sem previdência social<br><input type="radio"/> Aposentado/Pensionista<br><input type="radio"/> Desempregado<br><input type="radio"/> Não trabalha<br><input type="radio"/> Outro |           |
| CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro  |  |   |  |   |           |
| FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  | PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  | POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |           |
| É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?   |  |   |  |   |           |
| DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?   |  |   | TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA*?   |   |           |
| <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não   |  |   | <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não  |   |           |
| SE SIM, QUAL?   |  |   | SE SIM, QUAL(is)?  |   |           |
| <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro<br><input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual   |  |   | <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra<br><input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física |   |           |
| SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território   |  |   |  |   |           |
| TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA  |  |   |  |   |           |
| Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.   |  |   |  |   |           |
| Assinatura  |  |   |  |   |           |

## QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

ESTÁ GESTANTE?  Sim  Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?  Abaixo do Peso  Peso Adequado  Acima do Peso

ESTÁ FUMANTE?  Sim  Não

FAZ USO DE ALCOÓL?  Sim  Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?  Sim  Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?  Sim  Não

TEM DIABETES?  Sim  Não

TEVE AVC / DERRAME?  Sim  Não

TEVE INFARTO?  Sim  Não

TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S)\*\*

Insuficiência Cardíaca  Outros  Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S)\*\*

Insuficiência Renal  Outros  Não Sabe

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL? \_\_\_\_\_

2 - QUAL? \_\_\_\_\_

3 - QUAL? \_\_\_\_\_

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S)\*\*

Asma  DPOC/Enfisema  Outros  Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE?  Sim  Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?  Sim  Não

TEM OU TEVE CÂNCER?  Sim  Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?  Sim  Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA? \_\_\_\_\_

FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSICÓLOGA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL?  Sim  Não

ESTÁ ACAMADO?  Sim  Não

ESTÁ DOMICILIADO?  Sim  Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S): \_\_\_\_\_

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?  Sim  Não

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?  Sim  Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

< 6 meses  6 a 12 meses  1 a 5 anos  > 5 anos

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?  Sim  Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?  Sim  Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

1 vez  2 ou 3 vezes  mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

Restaurante Popular  Doação Restaurante  Outros

Doação Grupo Religioso  Doação de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?  Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S): \_\_\_\_\_

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?  Sim  Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? \_\_\_\_\_

TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL?

Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(S)\*\*

Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outros


Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

\* Campo Obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior



## ANEXO C – Ficha de cadastro do paciente hipertenso e/ou diabético (HIPERDIA)

|  |                              | <b>MS – HIPERDIA</b><br>PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO<br>À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES<br>MELLITUS |                  |   | <b>CADASTRO DO HIPERTENSO<br/>E/OU DIABÉTICO</b> |                     |   |   |                                      |
|---|------------------------------|---|------------------|---|--|---------------------|---|---|--------------------------------------|
|   |                              | Nome da Unidade de Saúde  | Cód. SIA/SUS     | Número do Profissional  |  |                     |   |   |                                      |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>   |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Nome (sem abreviaturas)   |                              |   |                  | Data Nascimento   | Sexo<br>M F                                      |                     |   |   |                                      |
| Nome da Mãe (sem abreviaturas)  |                              |   | Nome do Pai      |   |  |                     |   |   |                                      |
| Raça/Cor (TV)   | Escolaridade (TV)            | Nacionalidade<br>Brasileira Estrangeira   | País de Origem   |   | Data Naturalização                               |                     |   |   |                                      |
| UF Portaria   | UF Munic. Nasc.              | Nome Munic. Nascimento  |                  | Estado Civil (TV)   | NF Cartão SUS                                    |                     |   |   |                                      |
| <b>DOCUMENTOS GERAIS</b>  |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Título de Eleitor   | Número                       |   | Zona             | Série   |  |                     |   |   |                                      |
| CTPS  | Número                       |   | Série            | UF  | Data de Emissão                                  |                     |   |   |                                      |
| CPF   | Número                       |   | PS/PASEP         | Número  |  |                     |   |   |                                      |
| <b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (*)</b>  |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Identidade  | Número                       | Complemento   | Órgão (TV)       | UF  | Data de Emissão                                  |                     |   |   |                                      |
| Carteira (TV)   | Tipo                         |   | Nome do Cartório |   | Livro  |                     |   |   |                                      |
|   | Folha                        |   | Termo            |   | Data de Emissão                                  |                     |   |   |                                      |
| <b>ENDEREÇO (*)</b>   |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Tipo Logradouro   | Nome do Logradouro           |   |                  | Número  | Complemento                                      |                     |   |   |                                      |
| Bairro  | CEP                          |   | DDD              | Telefone  |  |                     |   |   |                                      |
| <b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>   |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Pressão Arterial Sistólica (*)  |                              | Pressão Arterial Diastólica (*)   |                  | Cintura (cm)  |  |                     |   |   |                                      |
| Peso (kg) (*)   |                              | Altura (cm) (*)   |                  | Glicemia Capilar (mg/dl)<br>Em jejum <input type="checkbox"/> Pós-prandial <input type="checkbox"/> |  |                     |   |   |                                      |
| Fatores de risco e Doenças concomitantes  |                              | Não   | Sim              | Presença de Complicações  |  | Não Sim             |   |   |                                      |
| Antecedentes Familiares - cardiovasculares  |                              |   |                  | Infarto Agudo Miocárdio   |  |                     |   |   |                                      |
| Diabetes Tipo 1   |                              |   |                  | Outras comorbidades   |  |                     |   |   |                                      |
| Diabetes Tipo 2   |                              |   |                  | AVC   |  |                     |   |   |                                      |
| Tabagismo   |                              |   |                  | Pé diabético  |  |                     |   |   |                                      |
| Sedentarismo  |                              |   |                  | Amputação por diabetes  |  |                     |   |   |                                      |
| Sobrepeso/Obesidade   |                              |   |                  | Doença Renal  |  |                     |   |   |                                      |
| Hipertensão Arterial  |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| <b>TRATAMENTO</b>   |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>                                       |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| <b>Medicamentoso</b>  |                              |   |                  |   |  | <b>Unidades/dia</b> |   |   |                                      |
| <b>Tipo</b>   |                              | <b>Comprimido/cápsula</b>   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
|   |                              | 1/2   | 1                | 2   | 3  | 4                   | 5 | 6 | <b>Insulina</b> <input type="text"/> |
| Captopril 25mg  |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Propranolol 40mg  |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Glibenclâmida   |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Metformina  |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Hidroclorotiazida 25mg  |                              |   |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Outros  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/>  |                  |   |  |                     |   |   |                                      |
| Data da Consulta (*)  |                              | Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)  |                  |   |  |                     |   |   |                                      |

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