

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIA DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vivian Rosa Pérez Rodríguez

**ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA A ABORDAGEM INTEGRAL DE
USUÁRIOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ESF CENTRO CAPELA DE
SANTANA/RS**

CAPELA DE SANTANA

2018

Vivian Rosa Pérez Rodríguez

**ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA A ABORDAGEM INTEGRAL DE
USUÁRIOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ESF CENTRO CAPELA DE
SANTANA /RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre.

Orientador: Prof.Giovana Bacilieri Soares

CAPELA DE SANTANA

2018

Vivian Rosa Pérez Rodríguez

**ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA A ABORDAGEM INTEGRAL DE
USUÁRIOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NA ESF CENTRO CAPELA DE
SANTANA/RS**

Banca Examinadora

Orientador: Prof.

Avaliador 1: Prof.

Avaliador 2: Prof.

Avaliado em Porto Alegre: __/__/__

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.	7
3. PROMOÇÕES DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇA.....	14
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO.....	16
5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS	18
6. REFERÊNCIAS	19
7. ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO. .	21

1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Meu nome é Vivian Rosa Pérez Rodríguez, sou natural da província Sancti-Spiritus Cuba, tenho 49 anos. Cursei minha educação básica com resultados satisfatórios. Ingressei na Faculdade de Ciências Médicas na província Sancti-Spiritus, onde, graduei-me com o título: Doutora em Medicina, o dia 24 de julho de 1992. Inicie meu trabalho como médica no Consultório Médico da Família (CMF) na localidade de Cabaiguán, província Sancti-Spiritus, concluindo os estudos de especialização em Medicina Geral Integral (MGI) em 1998. E trabalhado em outros países como na República de Mali país do nordeste de África e em Bolívia, formando parte das missões médicas cubanas. Cheguei ao Brasil em dezembro de 2016 para trabalhar no programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Atuo na ESF Centro, localizada ao norte do município Capela de Santana/RS. É um município com uma população aproximada de 11.375 habitantes (IBGE2016), onde, me desempenho como médico de comunidade na Atenção Primária de Saúde (APS), simultaneamente, estou cursando o curso de Especialização em Saúde da Família da UFCSPA. O local do posto tem a mínima estrutura básica carecendo de materiais e medicamentos para os atendimentos de emergência. A área de abrangência é composta pelos bairros Centro, Bosques, Primavera, Assentamento, Bom-Retiro, Vila Nova e Lot. Minha morada com um total de 5040 usuários, segundo os dados atualizados pelo Sistema de Informação Básica (SIAB) do município. A população dos bairros Bosques e Primavera são de mais baixo nível socioeconômico esta área é composta em sua grande maioria de casas precárias sem saneamento básico com crescimento desordenado e não planejado, não paga impostos e com altos índices de desemprego e tráfico de drogas, fatos de violência e homicídios. O território adstrito à ESF tem duas escolas públicas, uma creche, uma biblioteca comunitária, uma igreja católica, quatro igrejas evangélicas, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o conselho tutelar. De maneira geral a população fica contente com nosso trabalho, os atendimentos mais frequentes são as doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias, abuso do consumo de psicofármacos e patologias osteoarticulares.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica mais frequente em minha área de abrangência, a grande maioria dos pacientes hipertensos estão com

mau controle das cifras de tensão arterial, com alta prevalência de fumantes, obesos, abuso de consumo de álcool, sedentarismo e maus hábitos alimentares entre a população hipertensa, constituindo um desafio para os profissionais da atenção primária de saúde, motivando que a equipe reunida decidiu-se realizar um Projeto de Intervenção para melhorar a abordagem da hipertensão arterial dos pacientes hipertensos da ESF Centro Capela de Santana/RS (Anexo1). Este projeto de intervenção foi uma proposta para promover estilos de vida saudável para os pacientes hipertensos com o objetivo de diminuir o risco de desenvolver eventos cardiovasculares.

A abordagem deste tema foi importante devido à alta morbimortalidade por doenças cardiovasculares dos pacientes da área adstrita da ESF. Com esta intervenção poderemos oferecer um melhor controle e seguimento dos pacientes hipertensos e melhorar a qualidade de vida dos usuários, identificando precocemente os fatores de risco modificáveis, desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Nome: V. L.S

Idade: 42 anos.

Sexo: Feminino.

Escolaridade: Ensino Médio.

Ocupação: comerciante.

ESF: Centro.

Primeira Consulta Médica: (27/06/2017): Paciente que procurou os serviços de saúde por sentir tonturas há um mês, principalmente na manhã, assim como em ocasiões se acompanha de cefaléia. Ela relata que faz uso de algum remédio para aliviar a sua cefaléia mas não adianta após fazer uso de medição analgésica com paracetamol e dipirona e às vezes tem dificuldades para dormir.

Durante o interrogatório a paciente refere: tonturas e cefaléia na região occipital e insônia.

Historia familiar: O pai é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Antecedentes pessoais: Ela nega histórico de doenças crônicas, não cirurgia, tem alergia para a penicilina. Método contraceptivo a paciente faz uso de anticoncepcional injetável. Fator de risco (obesidade) e tabagista ativa há aproximadamente 20 anos. Última mamografia faz um ano com resultados negativos, não realizou a coleta para pesquisa de câncer de colo de útero há mais de 5 anos.

Condições de Vida: Paciente que mora com seu esposo e três filhos. A casa tem boas condições estruturais. A renda familiar é adequada.

Dados da triagem:

PA: 150/90mmHg

Peso: 76 Kg.

Altura: 1.58 m.

CA: 90 cm.

Avaliação Clínica.

Exame Físico:

Peso: 76 Kg. Altura: 1.58 m. IMC: 31.14 (obesidade tipo I) CA: 90 cm.

Pele e mucosa: Sem alterações.

Pescoço: Sem sopros em carótidas.

Tiróide: não palpável.

Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 80 bmp, FR: 18 irpm, PA 150/90mmHg).

Abdômen: ausência de massas, sem sopros abdominais sugestivos de doença renal.

Estado Neurológico. Sem déficits motores ou sensoriais.

Membros Inferiores. Sem edemas.

Suspeito de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) devido a clinica e a PA medida na consulta.

Conduta: Oriento fazer monitoramento da PA por método AMPA, para confirmação do diagnóstico. A paciente deverá realizar duas medições pela manhã em jejum e duas medições à noite antes de jantar, por 7 dias, com aparelho devidamente calibrado, deve levar os valores registrados à próxima consulta na ESF. Explico a necessidade para a medição da PA de fazer repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo, de não praticar exercícios físicos pelo menos 60 minutos antes, de não fumar nos 30 minutos anteriores e não ingerir álcool, café ou alimentos. Oriento mudanças de estilo de vida (MEV) como manter hábitos alimentares saudáveis (diminuir o consumo de sal a 2g diários, evitar alimentos fritos, cafeína, refrigerantes gaseificados e aumentar o consumo de frutas e vegetais), realizar atividade física regular pelo menos três vezes na semana (caminhadas por aproximadamente 30 minutos), evitar o consumo de bebidas alcoólicas e pensar em reduzir o peso corporal. Recomendo evitar o uso de medicamentos antiinflamatórios, também pensar em trocar o método anticoncepcional por uso de camisinhas. Prescrevo tratamento sintomático para a cefaléia com paracetamol ou dipirona. Solicito exames complementares: Hemograma, VSG, Dosagem de

potássio, creatinina sérica, uréia, ácido úrico, Glicemia em jejum, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, TSH, T4 livre, Exame de urina (tipo 1), Eletrocardiograma . Encaminho a paciente á nutricionista para avaliação do estado nutricional da paciente e orientação do plano alimentar adequado. Encaminho ao oftalmologista para fundoscopia. Encaminho para consulta de Planejamento Familiar e para consulta de enfermagem para a coleta de pré cancer. Agendo retorno para 1 semana.

Segunda Consulta Médica: (03/07/2017). A paciente vem à consulta e refere que ainda apresenta cefaléia. Foi avaliada pela nutricionista. Foi marcada consulta de oftalmologia para a próxima semana.

Dados da triagem:

PA: 150/ 90mmHg.

Peso: 76 Kg.

Altura: 1.58 m.

CA: 90 cm.

Monitoramento de PA (AMPA):

1^o dia PA: 150 / 90 mmHg. 2^o dia PA: 140/95 mmHg. 3^o dia PA: 150/90 mmHg. 4^o dia PA: 140/85 mmHg. 5^o dia PA: 150/90 mmHg 6^o dia PA: 140/90 mmHg. 7^o dia: 150/90 mmHg.

Conforme preconizado pelo CAB (CAB 37, 2013) realizo inspeção das fâcies e dos sinais sugestivos de hipertensão secundária, palpação e auscultação das artérias carotídeas, palpação de tiróide, palpação e ausculta abdominal, avaliação das extremidades e palpação dos pulsos periféricos, avaliação de edemas, assim como avaliação neurológica.

Exame Físico sem alterações:

Resultados dos exames solicitados:

Hb: 13,4 g/dl Hto: 39,6% Creatinina: 0,7 mg/dl
 Glicemia em jejum: 99.0 mg/dl Ácido úrico: 4.9 mg/dl Ureia: 27.0 mg/dl
 Colesterol total: 200 mg/dl Colesterol HDL: 55mg/dl Colesterol LDL: 110mg/dl

Triglicerídeos: 130mg/dl Exame de urina (tipo1) Proteína: Ausente Glicose: Ausente leucócitos: 1-2 por campo. Potássio: 4mEq/l TSH: 0,5 mU/L T4 livre: 0,7ng/dl

Eletrocardiograma convencional: Sem alterações.

Traz confirmado o diagnóstico de HAS e segundo o preconizado na 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial (2016) que em hipertenso estágio 1 com baixo e mediano risco, se deve tentar o tratamento não medicamentoso de 3 a 6 meses, para atingir a meta pressórica recomendada de valores < 140/90 mmHg, oriento à paciente continuar com mudanças de estilo de vida fazendo ênfases no cumprimento do padrão alimentar e a prática de exercícios físicos. Explico a importância da adesão ao tratamento não farmacológico. Oriento assistir à consulta de Planejamento Familiar e consulta de oftalmologista. Indico retorno para consulta em 15 dias.

Terceira consulta: (26 /07/2017). A paciente vem à consulta relatando que ainda continua com dor de cabeça, que tem dificuldades para fazer atividades físicas e que não consegue realizar a dieta recomendada pela nutricionista. Ela mesma refere que está estressada e que ainda não consegue diminuir o peso corporal e continua fumando.

Dados da triagem:

PA: 160 /100 mmHg

Peso: 76 Kg

Altura: 1.58m

CA: 90 cm

Na consulta de Planejamento Familiar a paciente foi avaliada e recebeu orientações sobre métodos contraceptivos - vantagens e desvantagens se sugeriram de preferência o uso de preservativo ou DIU, Ela expressou seu desejo de usar só camisinha e que não desejava engravidar pelo momento. BHCG indicado negativo. Também fez a coleta de pré-câncer na consulta de enfermagem.

A paciente foi avaliada pelo oftalmologista. Fundoscopia negativa. Indicou retorno com oftalmologista em 1 ano.

Após verificar não adesão ao tratamento não farmacológico e segundo o que preconiza a 7ª Diretriz Brasileira de HAS (2016) que os pacientes em estágio 2 devem iniciar imediatamente a terapia medicamentosa, prescrevo:

Enalapril (10 mg) 1 comprimido x dia (preferentemente no horário da manhã + Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido x dia (preferentemente no horário da manhã). Na 8ª Guia Americana para o Manejo da HAS e na 7ª Diretriz Brasileira de HAS (2016) se preconiza o uso de terapia combinada em paciente em estágio 2.

Explico à paciente o uso correto da medicação e os possíveis efeitos adversos desta. Oriento continuar com mudanças de estilo de vida e acompanhamento pela nutricionista. Indico medidas anti-estresse e monitoramento da PA por 7 dias. Agendo retorno para consulta em 15 dias.

Quarta consulta: (14/08/2017). A paciente retorna à consulta sem queixa de cefaléia. Refere que cumpre com o plano alimentar orientado pela nutricionista, realiza caminhada de 30 minutos três vezes na semana e faz uso da medicação anti-hipertensiva diariamente, mais não consegue parar de fumar, Não trouxe o monitoramento da PA por 7.

Dados da triagem:

PA: 135 /85 mmHg

Peso: 74,0 Kg (Perda de peso 2 kg em 18 dias).

Altura: 1.58m

CA: 88 cm

Oriento: continuar com atividade física e alimentação saudável, cumprir com o tratamento farmacológico, importância do uso da camisinha para evitar DST e não engravidar, acompanhamento pela nutricionista, acompanhamento pelo psicólogo da área pra ajuda de abandono do cigarro, retorno à consulta em 3 meses.

Quinta consulta: (16/11/2017). Paciente que vem à consulta sem queixas. Solicita renovação da receita médica de HCTZ (25 mg) e Enalapril (10 mg). Leva um mês sem fumar.

Dados da triagem:

PA: 130 /80 mmHg

Peso: 69 Kg (perda de 5 kg em 3 meses).

Altura: 1.58m

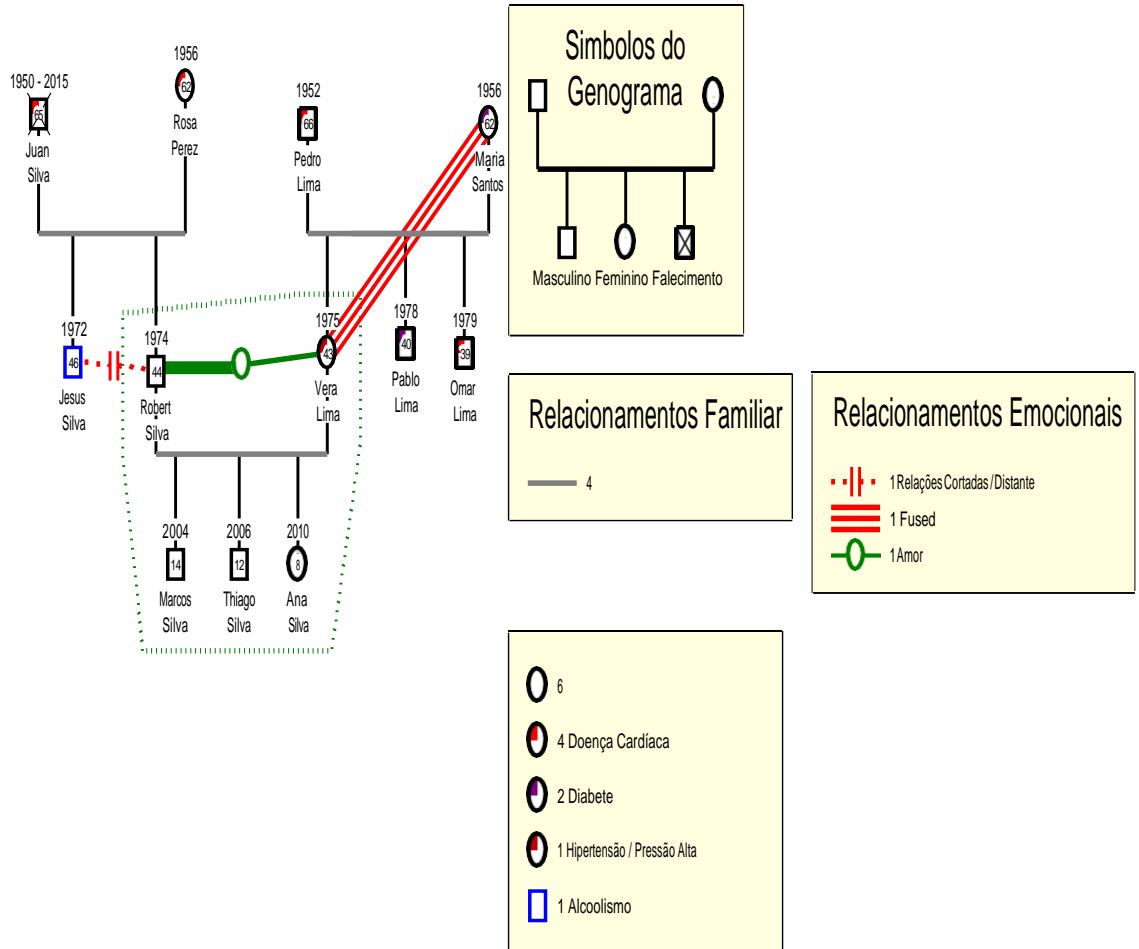
CA: 84 cm

Oriento: Continuar com mudanças de estilo de vida, manter tratamento farmacológico prescrito, retorno em 90 dias.

Calcula-se o risco de desenvolver eventos de doença cardíaca coronária em 10 anos pelo escore de Framingham, com os dados disponíveis da paciente o risco é de 5,1%.

Realizo visita domiciliar no dia 28 /11/2017, juntamente com a enfermeira e ACS, para avaliar a situação familiar e montagem do genograma familiar completo.

Genograma:



3

PREVENÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Os profissionais da atenção básica de saúde têm um valor fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico e controle das doenças assim como o acompanhamento dos pacientes ao longo da sua vida para garantir uma maior qualidade na atenção de saúde da população. A Hipertensão Arterial é atualmente considerada um problema de saúde pública, sendo que as doenças cardiovasculares representam hoje no Brasil a maior causa de morte. É o mais comum fator de risco para a doença cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002), motivo pelo qual o controle desta doença é de extrema importância.

No nosso território de abrangência temos contato com todos os usuários, mas não conseguimos ainda obter um acompanhamento contínuo de todos devido há muitas dificuldades, uma delas é que muitos usuários hipertensos não fazem os controles médicos periódicos além disso que muitos deles não faziam adequadamente o tratamento médico, também às vezes participavam da consulta só para renovar a receita médica, além de uma baixa percepção do risco, por este motivo meu trabalho desde o começo foi encaminhado para tentar mudar os costumes dos pacientes e os seus estilos de vida e lograr uma maior adesão ao tratamento, razão pela qual a equipe na sua maioria teve um incentivo maior no trabalho de promoção de saúde.

No acolhimento começamos medir os níveis de tensão arterial de todos os pacientes que acodem ao posto de saúde para se consultar e também nas visitas domiciliares, onde foi feito o diagnóstico de vários casos novos de HAS, no momento percebi que existia um número importante de hipertensos não diagnosticados, motivo que aumentou meu interesse na promoção e prevenção de saúde e na pesquisa de hipertensão oculta.

Os cuidados com a saúde mental dos usuários hipertensos é também uma forma importante de prevenção e de controle de complicações da Hipertensão Arterial onde as atividades de lazer são uma importante estratégia de controle.

Minha equipe organiza um grupo de pacientes hipertensos da área de abrangência e começou realizar diferentes atividades semanais. Durante esses encontros são realizadas atividades educativas através da utilização de dinâmicas

de grupo com temas enfocados no tratamento não farmacológico como hábitos alimentares, prática de atividade física, o abandono de tabagismo, o controle do peso corporal e não consumo de álcool e como diminuir os níveis de estresse.

A troca de experiência entre os hipertensos, relatando como enfrentaram as dificuldades em relação à doença mostrou-se resultados positivos na adesão ao tratamento médico e na redução da pressão arterial, logrando que muitos deles começaram mudanças positivas no seu estilo de vida, por isso que é muito importante para a equipe conhecer as particularidades de cada paciente com apoio dos agentes comunitários de saúde e seus conhecimentos da comunidade na abordagem da saúde mental em pacientes hipertensos para um melhor tratamento sempre orientando ao paciente e a sua família como melhorar a saúde física e mental. Também encaminhamos ao paciente para os grupos de apoio além de acompanhamento em conjunto com psicólogo e psiquiatra. Em casos mais complexos como pacientes hipertensos alcoólatras ou pacientes com hipertensão e quadro psicóticos contamos com o apoio da Secretaria de Assistência Social para a internação hospitalar oportuna desde pacientes e a sua incorporação à sociedade.

No caso da atenção ao pré-natal, que é um programa priorizado do Ministério de Saúde, a equipe desenvolve ações de promoção da saúde enfocando no risco pré-concepcional, nossa equipe tem identificadas as mulheres em idade reprodutiva com antecedentes de hipertensão arterial crônica e as que têm risco de desenvolver doença hipertensiva gravídica, mais apresentamos a dificuldade que não todas as grávidas fazem o pré-natal em nossa unidade, mas são feitas as visitas domiciliares que permite identificar o relacionamento familiar e condições sócias econômicas, também temos organizado um grupo de pré-natal onde a equipe ministra palestras com temas de interesse relacionado com os cuidados de uma boa alimentação, o controle do peso corporal, evitar situações de estresse, como evitar as DST, saúde bucal, importância da vacinação, se explica as mudanças fisiológicas da gravidez, importância da assistência a consultas e da realização dos exames solicitados e aproveitando a realização de visitas domiciliares sistemáticas para o incentivo da grávida ao início precoce do pré-natal. Nos casos de grávidas com alto risco obstétrico são encaminhadas ao prenatal de alto risco de referência, principalmente para evitar complicações da gravidez, parto e puerperio.

4 VISITA DOMICILIAR, ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A Visita Domiciliar (VD) é uma importante ferramenta na atenção básica de saúde que permite o atendimento integral do indivíduo e seu entorno familiar, assim como desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, além de fortalecer os vínculos dos usuários com o profissional da saúde.

Na ESF Centro, quando comecei os atendimentos domiciliares muitas vezes não era de forma programada e sem ter identificados fatores de risco individuais e familiares. A situação tornou-se complexa devido à presença de micro áreas descobertas que não tem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e sem todos os profissionais da equipe participar desta atividade, como saúde bucal, também a equipe não tinha um registro adequado das informações das famílias referente às condições de higiene e socioeconômicas, tipo de família, estrutura familiar e dinâmica familiar, situações de risco e redes de cuidado.

Um avanço importante no planejamento foi à utilização das informações presentes nas fichas de cadastro da família do Sistema de Informação Básica (SIAB).

Após começar meu trabalho, a equipe de saúde da família (ESF), começou a organizar o atendimento domiciliar onde todos os membros da equipe são envolvidos na abordagem integral e o cuidado da saúde da população para uma atenção de mais qualidade.

Na reunião de equipe são discutidos os aspectos relacionados com a visita. Nesse espaço, cada profissional emite seus critérios e são discutidos os aspectos relacionados com a visita, com a finalidade de elaborar linhas de cuidado para a abordagem integral e acompanhamento de cada família em situações de risco.

Os ACS em sua área de abrangência realizam como mínimo uma visita mensal a cada família para manter o cadastro atualizado. A definição do itinerário, os agendamentos e a confirmação do horário da VD é feito com antecipação pela equipe.

Na minha unidade as visitas são programadas e se realizam terça à tarde com uma frequência semanal. No planejamento a equipe faz a seleção e se priorizam

usuários com doenças crônicas agravadas, situações de urgência e indivíduos com dificuldade ou incapacidade para o deslocamento até ESF, como acamados ou pessoas com uma condição física que não conseguem se locomover, também pessoas que tem problemas com adesão ao tratamento médico que faltam à consulta medica programada, além de identificar famílias em situações de risco ou conflito familiar.

Com a visita domiciliar nossa equipe consegue estabelecer estratégias de intervenção individuais e familiar com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção básica de saúde.

Na abordagem do hipertenso, a equipe realiza inicialmente a avaliação integral do indivíduo e da sua família, a equipe orienta sobre mudanças de estilo de vida, tratamento medicamentoso e a importância da adesão ao tratamento médico para atingir um bom controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diminuir o risco cardiovascular.

Outro aspecto de importância na visita domiciliar é a atenção para cuidadores familiares, na entrevista eles relatam necessidades de equipamento e materiais para facilitar os cuidados das pessoas que cuidam. Estas pessoas cuidadores na maioria das vezes estão muito estressadas e esquecem seus próprios problemas de saúde. As situações identificadas permitem traçar estratégias centradas nessas necessidades que envolva a toda a família para que ajudar ao cuidador a minimizar as repercussões emocionais negativas do cuidado de um familiar principalmente idoso que dependente totalmente deles.

Em minha experiência acredito que a visita domiciliar requer um trabalho organizado pela equipe, que permite um melhor cuidado integral e multidisciplinar ao usuário e seus familiares, onde se realizam ações de promoção de saúde que permite intervir precocemente na evolução das doenças evitando assim, agravos e internações hospitalarias.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Depois de refletir sobre este período onde realizei o curso através da modalidade à distância, eu posso dizer que teve câmbios positivos em minha atuação na atenção primária de saúde, que permitiram - me a realização de mudanças assim como uma melhor organização no trabalho com a equipe de saúde, foi uma experiência excelente para minha vida profissional, onde enfrentei desafios que foram principalmente as dificuldades que envolvem o idioma português, com as suas particularidades e complexidades.

Desde o começo de meu trabalho organizei junto com a equipe o processo de planejamento e organização dos serviços. Após ter feitas as tarefas do Eixo 1 do curso de especialização e ter conhecimento do funcionamento do SUS e seus diretrizes, foi possível direcionar nosso trabalho no sentido das demandas, necessidades e realidades da nossa área de abrangência, para estabelecer estratégias de intervenção, com o fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Discutimos em reuniões de equipe os pacientes com necessidade de atenção domiciliar dando prioridade aos usuários mais carentes e garantir um melhor acompanhamento dos mesmos.

O estudo dos casos clínicos permitiu-me a incorporação de conhecimentos para a prática profissional na abordagem integral e acompanhamento de doenças crônicas, situações de urgência, assim como na atenção pré-natal, idosos e crianças. Além disso, o aprendizado contribuiu imensamente para a organização e planejamento do trabalho em equipe.

Eu acredito que o desenvolvimento das diferentes atividades do portfólio foi importante para as atividades desempenhadas pela equipe na abordagem integral de problemas de saúde frequentes na população visando um atendimento de qualidade.

Para concluir, não posso deixar de expressar a satisfação que esta experiência de modalidade de estudo diferente foi incentivo para a busca de conhecimento e acrescentar minha formação profissional.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A.B. B; MAGALHAES, Maria Lúcia. **Visita Domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Disponível em: <https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500017&lng=en&tng=en>. Acesso em: 12 dec. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica Cadernos de Atenção Básica, n.37** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 308 p.

GOMES, Amanda; Mitre, Rosângela; RIBEIRO, Sônia. **A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares on-line da estratégia para risco cardiovascular.** Google acadêmico. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012000100002&lng=e&tng=e>. Acesso em 12 nov. 2017

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo 2010.

MALACHIAS, M.V. B et al. Arquivos Brasileiros de Cardiologia: 7 Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Brasília. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 107, n.3, sep./ nov. 2016, p. 24-28.

PEREIRA, MJ et al . **Assistência domiciliar:** instrumentos para potencializar processos de trabalho na assistência e formação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. PAUL A, James et al. 2014 Evidence –Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>>. Acesso em: 12 nov.2017.

PAUL A, James et al. 2014 Evidence –Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>>. Acesso em: 12 nov.2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Campos do Jordão (SP); 2002.

7ANEXO-1

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Vivian Rosa Pérez Rodríguez

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ABORDAGEM DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS PACIENTES HIPERTENSO DA ESFCENTRO
CAPELA DE SANTANA / RS

Capela de Santana

Junho 2017

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido na área de abrangência da ESF Centro do município de Capela de Santana que é um município brasileiro do Estado Rio Grande do Sul, com uma população aproximadamente de 11.375 habitantes. A Hipertensão Arterial é atualmente considerada um problema de saúde pública, sendo que as doenças cardiovasculares representam hoje no Brasil a maior causa de mortes. Frente a esse quadro, decidiu-se elaborar um projeto de intervenção para promover estilos de vida saudável para os pacientes hipertensos, em acompanhamento, que apresentem risco de desenvolver eventos cardiovasculares tanto os fatais quanto os não fatais, cadastrados na ESF Centro. O Projeto teve como objetivo geral a qualificação da atenção ofertada para este público alvo. A ação aconteceu em quatro momentos, onde coleta de dados e a procura dos usuários hipertensos efetuou-se nas consultas médicas e visitas domiciliares, com utilização das fichas de cadastro de hipertensos e a planilha de acompanhamento desta doença. Bem como realizadas a identificação da ocorrência de HAS e levantamento dos fatores de risco, foi estratificado o risco cardiovascular mediante o escore de Framingham. A intervenção foi monitorada semanalmente através da planilha de coleta de dados, posteriormente foram oferecidas ações de promoção de saúde, para um modo de vida, mais saudável. Com este trabalho esperamos elevar os conhecimentos dos usuários e a equipe de trabalho sobre o controle da doença, aumentar a qualidade das atividades dos pacientes da ESF Centro e melhorar a relação dos usuários com a equipe. O projeto irá continuar seu andamento para continuarmos auxiliando na melhora da saúde da população com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Palavras chave: Hipertensão Arterial. Estratificação de risco. Promoção de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 JUSTIFICATIVA.....	6
3 OBJETIVOS.....	7
3.1 GERAL	7
3.2 ESPECÍFICOS	7
4 REVISÃO DA LITERATURA	8
4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL	8
4.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	9
4.3 ESTRATIFICAÇÕES DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR	10
4.4 ESTRATEGIAS DE SAÚDE: TRATAMENTO NÃO FARMACOLOGICO	11
5 METODOLOGIA	12
6 CRONOGRAMA	14
7 RECURSOS NECESSÁRIOS	16
8 RESULTADOS ESPERADOS	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ANEXOS	
APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

Capela de Santana é um município brasileiro do Rio Grande do Sul na região metropolitana de Porto Alegre. Foi emancipado de São Sebastião do Cai em 1987. Sua população em 2016 foi estimada em 11.375 habitantes (IBGE 2016). É uma cidade onde a principal atividade econômica é agropecuária (IBGE 2013).

O município possui uma Secretaria de Saúde e os serviços ofertados são os de Atenção Básica e Vigilância Sanitária, esta última anexa à Secretaria de Saúde. Capela de Santana conta com três Estratégias de Saúde da Família (ESF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Atuo na Estratégia da Saúde da Família Centro, que está localizado na zona norte do município. A equipe de saúde ESF Centro é composta pelos seguintes profissionais:

- Uma Médica,
- Um Cirurgião Dentista,
- Uma Enfermeira,
- Duas Técnicas de Enfermagem,
- Um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB),
- Uma Auxiliar Administrativo,
- Sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
- Uma higienizadora.

A estrutura básica da ESF está composta por:

- Uma sala de recepção,
- Um consultório odontológico,
- Um consultório médico,
- Sala de vacinas,
- Sala da enfermagem,
- Expurgo,
- Uma copa/cozinha,
- Banheiro,
- Ambulatório e
- Sala de reuniões.

A população da área adstrita tem um total de 5.040 usuários cadastrados no programa de saúde da família. Destes 989 usuários são cadastrados como hipertensos. Pelos números notamos que 19,6% da população cadastrada na nossa área de abrangência é portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), esses índices indicam que esta é a doença crônica mais frequente não transmissível em nossa área.

Na ESF Centro diariamente são realizados vários atendimentos à usuários hipertensos com pressão arterial (PA) descompensada e inadequado controle dos fatores de risco modificáveis. Grandes maiorias dos usuários hipertensos cadastrados fazem tratamento farmacológico, mesmo assim, apresentam níveis de PA elevados causados por riscos modificáveis que os envolvem como: escolaridade, nível socioeconômico, alimentação inadequada, consumo de álcool, tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse do dia a dia e incluindo-se também nesses riscos está o uso indiscriminado de medicamentos como os antiinflamatórios não esteróides, com um controle destes fatores alcançaremos um melhor controle da HAS.

Considerando que a realidade epidemiológica do município apresenta índices elevados de mortes por complicações relacionadas com a Hipertensão Arterial Sistêmica, é imprescindível um trabalho mais específico em equipe para que possamos identificar com mais precisão, os indivíduos em situação de risco para a utilização de estratégias de promoção de saúde para realizar intervenções preventivas que abordem mudanças no estilo de vida e na prevenção de risco cardiovascular.

Os profissionais da atenção básica têm valor fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico e controle da Hipertensão arterial. Nossa equipe de saúde com base na realidade do nosso município e da nossa Unidade de Saúde visando melhorar o atendimento e acompanhamento não só aos usuários hipertensos, mas também fazer que os familiares se envolvam no cuidado, definiu implementar o Projeto de Intervenção para melhorar a Abordagem da Hipertensão Arterial.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha de fazer um projeto de intervenção para melhorar os valores da PA, o atendimento e a mudança de abordagem da equipe para os usuários com HAS deu-se devido ao fato de considerarmos que fazer um estudo deste tema será muito importante, pois, a hipertensão arterial sistêmica é o problema de saúde mais frequente enfrentado no nosso dia a dia de trabalho em nossa área de cobertura.

Com esta intervenção poderemos oferecer um melhor controle e seguimento dos pacientes hipertensos e melhorar a qualidade de vida dos usuários, identificando precocemente os fatores de risco modificáveis, desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde. No nosso território de abrangência temos contato com todos os usuários, mas não conseguimos ainda obter um acompanhamento contínuo de todos devido há muitas dificuldades, uma delas é que muitos usuários com HAS não têm o costume de fazer control médico periódico.

A elaboração do Projeto de Intervenção vem com o intuito de buscar os usuários hipertensos que nunca comparecem à unidade, também pretende-se promover a prevenção e detecção precoce do risco cardiovascular, elevar os conhecimentos dos usuários e da equipe de trabalho, melhorar a relação dos usuários com a equipe, bem como, organizar a forma de registro e o processo de trabalho.

A equipe na sua maioria está bastante interessada e concorda com a importância que tem a Intervenção para melhorar a qualidade do nosso serviço.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS:

- Elaborar um projeto para melhorar a abordagem da Hipertensão Arterial, pela equipe, dos pacientes hipertensos da ESF Centro Capela de Santana.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Melhorar a prática da educação em saúde pela equipe de trabalho.
- Elevar o nível de conhecimento dos usuários sobre a doença e seu controle.
 - Classificar os fatores de risco cardiovascular dos pacientes hipertensos cadastrados.
 - Estratificar o risco cardiovascular no total de hipertensos cadastrados.
 - Reduzir o risco cardiovascular com estratégias de tratamento não farmacológico em pacientes hipertensos da área de abrangência.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) a Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) é um problema sério de saúde pública no Brasil e no mundo, responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e agregado com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica definida pela insistência de níveis de pressão arterial acima dos valores arbitrariamente definidos como limite de normalidade. É o mais comum fator de risco para a doença cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002).

Entre os fatores de risco da HAS tem-se: idade, gênero, etnia, obesidade, excesso de ingestão de sal, de álcool, sedentarismo e baixos indicadores socioeconômicos. Sua predominância no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com idade entre 60 a 69 anos, e 75% naqueles com idade superior aos 70 anos (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a HAS é uma condição clínica causada por diversos fatores, caracterizada pelo aumento dos níveis de Pressão Arterial (PA). Ela pode estar freqüentemente relacionada a alterações funcionais e /ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (MALTA et al., 2009).

4.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Nas últimas décadas do século XX ocorreram mudanças importantes, transformações políticas, econômicas e sociais no mundo e no Brasil que contribuíram nas condições de vida e de saúde da população brasileira, ela ficou

mais velha e o padrão de trabalho e lazer diverso, além de ter ocasionado profundas transformações na qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos (MONTEIRO, 2000).

O resultado gerado dessas transformações, inter-relacionadas, produziu um padrão de saúde e doença que desafiam a saúde pela coexistência de rápidas transições que se traduzem em um aumento das doenças e agravos não transmissíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

As doenças cardiovasculares incluem um grupo de patologias que afetam o coração e também os grandes vasos. As formas mais comuns de manifestação da doença são o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) são acontecimentos súbitos e devastadores, um primeiro sinal tardio de uma doença grave que é então impossível prevenir (BASTO, 2009).

A associação entre a Hipertensão Arterial e o risco de Doença Cardiovascular é forte, contínua e está presente mesmo quando as cifras pressóricas ainda são consideradas normais. Nesse contexto, considerando-se que o ponto de corte de normalidade das cifras pressóricas é arbitrário, o valor numérico da pressão arterial deve necessariamente ser contextualizado e individualizado, para permitir avaliar a real dimensão do problema (GOMES, 2012).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde revelam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 60% do total de doenças que atingem a população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O rastreamento, o diagnóstico precoce de HAS, e a aplicação de protocolos para manejo dos fatores de risco cardiovascular na atenção primária de saúde, tem sido importante para reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

4.3 ESTRATIFICAÇÕES DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR

Às condições que se associam a uma probabilidade aumentada de desenvolver doença cardiovascular dá-se o nome de fatores de risco cardiovascular (BASTO 2009).

Segundo WILSON et al. (1998) um episódio coronariano agudo é a primeira manifestação da doença aterosclerótica em pelo menos metade das pessoas que apresentam essa complicação. Desta maneira, a identificação dos indivíduos assintomáticos que estão mais predispostos é determinante para a prevenção

efetiva com a correta definição das metas terapêuticas. Para estimar a gravidade da doença cardiovascular (DCV), foram criados os chamados escores de risco e algoritmos baseados em análises de regressão de estudos populacionais, por meio dos quais a identificação do risco global é aprimorada substancialmente. Entre os algoritmos existentes temos:

- O Escore de Risco de Framingham (ERF)
- O Escore de Risco de Reynolds (ERR)
- O Escore de Risco Global (ERG)
- O Risco pelo Tempo de Vida (RTV)

Os escores de risco apresentam utilidade em práticas de prevenção de doenças cardiovasculares, mas sempre dentro de contexto clínico e epidemiológico.

A doença cardiovascular tem um poderoso impacto sobre os níveis de morbidade e mortalidade é por isso que a estratificação do risco cardiovascular se torna necessária na otimização do diagnóstico e na prevenção de futuros eventos cardiovasculares.

4.4 ESTRATÉGIAS DE SAÚDE: TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Várias iniciativas do Ministério da Saúde baseados em evidências dos estudos de intervenção foram adotadas na Atenção Básica para reduzir o impacto das doenças cardiovasculares em pacientes hipertensos, principalmente estratégias de saúde de tratamento não farmacológico na prevenção primária de fatores de risco cardiovascular. Neste contexto deve-se realçar a importância do estilo de vida, dos comportamentos, do grau de atividade física e do padrão nutricional, como condições que influenciam e modificam positiva ou negativamente os fatores de risco (BASTO 2009).

A hipertensão arterial, cuja maior incidência ocorre em pessoas obesas, sedentárias e consumidoras em excesso de sal e álcool, é considerada um dos principais fatores de risco para a doença cardiovascular. Entretanto, na última década, medidas alternativas para mudança no estilo de vida, tais como redução de peso, diminuição na ingestão de sódio e álcool e prática de atividade física regular, têm sido propostas para prevenir e combater essa síndrome (APPEL, 1999).

A utilização dessas medidas alternativas, dependendo do grau de hipertensão e da disponibilidade e aderência do paciente, pode ser empregada como tratamento

único, não-farmacológico ou em acompanhamento com o tratamento farmacológico (RONDON; BRUM, 2003).

É importante destacar que o tratamento não medicamentoso é parte importante no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, o tratamento envolve mudanças no estilo de vida que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida.

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica permite a aproximação dos indivíduos, de seu coletivo e de suas interações sociais, colaborando para a mudança de seus comportamentos e estilos de vida.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, que buscaremos estudar os usuários hipertensos com fatores de risco cardiovascular. O desenvolvimento do projeto de intervenção acontecerá na ESF Centro, no período de quatro meses de julho a outubro de 2017, buscando reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares além de melhorar a abordagem da hipertensão arterial pelos profissionais da equipe. Essa pesquisa foi elaborada durante a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Em reunião com os profissionais da equipe será explicado e apresentado o projeto de intervenção a todos os membros da equipe. Será explicada a importância de cada profissional e definido o papel que cada um terá na ação. Foi esclarecido que esta Intervenção terá seus resultados em longo prazo, porque o controle dessa situação não acontece de forma rápida.

O sucesso da intervenção dependerá de um bom planejamento para quebrarmos algumas barreiras, sempre respeitando a cultura e as vivências das pessoas em aceitarem ou não o tratamento que lhe é proposto.

Será deixado claro que para obtermos um resultado satisfatório faz-se necessário um comprometimento da equipe para desenvolvermos um bom planejamento de ação para atuarmos junto à comunidade na pesquisa de pacientes hipertensos com risco cardiovascular para isto, o projeto dependerá do conhecimento e da participação dos profissionais envolvidos nesta ação de intervenção que terá quatro momentos.

Primeiro momento

- Capacitar os profissionais da equipe sobre doenças cardiovasculares e fatores de risco cardiovascular.
- Garantir materiais informativos sobre o tema para a população alvo
- Fornecer informações não só para os usuários hipertensos, mas para toda a família, promovendo estilos de vida saudáveis
- Levar o conhecimento para o maior número de hipertensos sobre os fatores de risco cardiovascular.

Segundo momento

- Dar a melhor resposta e solução para o nosso usuário durante todo o horário de atendimento possibilitando:
- Uma maior acessibilidade da unidade de saúde e
- A criação de um grupo destinado à usuários hipertensos onde serão ministradas semanalmente palestras educativas na ESF, sobre temas relacionados com alimentação saudável, prática de exercícios físicos, abandono de hábitos tóxicos, entre outros.

Terceiro momento

- Realizaremos pesquisa ativa e rastreamento de pacientes com fatores de risco nas consultas e visitas domiciliares mediante a verificação da PA e também de todos os usuários maiores de 18 anos que procurarem á ESF que notificará a enfermeira se existem alterações da mesma.
- A enfermeira avaliará risco cardiovascular e agendará consulta médica dos usuários com risco cardiovascular médio e alto para um tempo limite de 72 horas. Ampliaremos a cobertura médica dos hipertensos.
- O acompanhamento dos pacientes será em dia estabelecido, cumprindo com os protocolos do atendimento, identificaremos os fatores de risco cardiovascular e estratificaremos o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos mediante o Escore de Framingham.
- Para a realização da investigação utilizaremos as fichas de cadastros do hipertenso, e a planilha de acompanhamento desta doença, monitoraremos a intervenção através da planilha de coleta de dados semanalmente.

Quarto momento

- Fazer um balanço com a equipe de saúde para fazermos a avaliação das ações da equipe na estratificação do risco cardiovascular para os pacientes com HAS.
- Garantir conduta adequada a cada caso avaliado, bem como acompanhamento.

6 CRONOGRAMA

Procedimento	Jul/ 2017	Ago/ 2017	Set/ 2017	Out/ 2017	Nov/ 2017	Dez/ 2017
Apresentação do projeto para a enfermeira e para os ACS	+					
Capacitação dos profissionais sobre protocolo de atendimento dos hipertensos	+					
Garantir materiais informativos sobre o tema para a população alvo e para toda a família	+	+				
Palestras educativas semanalmente na ESF baseadas nas mudanças de estilos de vida		+	+	+		
Pesquisa ativa e rastreamento de pacientes com fatores de risco e todos os usuários maiores de 18 anos nas consultas e visitas domiciliares		+	+	+		
A enfermeira avaliara os riscos cardiovasculares e agendara consulta medica para riscos cardiovasculares médios e altos		+	+	+		

Discussão dos resultados.					+	
Avaliar o projeto de intervenção pela equipe						+

7 RECURSOS NECESSÁRIOS

7.1. Humanos

- Equipe de Saúde

7.2. Materiais

- Esfigmomanômetro
- Balança
- Prontuário dos hipertensos
- Lista dos pacientes estratificados por risco cardiovascular
- Sala para as atividades de promoção da saúde
- Folhas de ofício A4
- Canetas
- Cartazes
- Folders
- Data Show
- Pen drive

8 RESULTADOS ESPERADOS

Com o presente Projeto de Intervenção sobre os fatores de risco modificáveis em pacientes hipertensos da ESF Centro pretende-se melhorar a abordagem dos usuários com fatores de risco para desenvolver doenças cardiovasculares. Reduzir estes riscos sensibilizando os pacientes da importância de adotar estilos de vida saudáveis e diminuição da prevalência de hipertensão arterial sistêmica descontrolada e o estrato do risco cardiovascular dos pacientes hipertensos na atenção primária de saúde.

Mediante a realização de atividades educativas obter a adesão do usuário hipertenso com maior interesse e responsabilidade ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Durante a intervenção os profissionais de saúde elevarão seus conhecimentos através da educação continuada e com as atividades educativas de promoção de saúde.

Com a Intervenção queremos levar a informação ao usuário de forma mais acessível e mais dinâmica para obtermos maior adesão às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle em longo prazo e uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

Espera-se que a equipe de saúde trabalhe com estímulo focado na busca da melhor qualidade de vida do usuário hipertenso e, além disso, aumentar o vínculo entre a equipe e comunidade.

Almejamos que com a elaboração do Projeto de Intervenção possibilite que a nossa equipe de saúde aumente o foco aos usuários hipertensos e que ele sirva de base para as ações futuras na Unidade de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APPEL, L.J. Nonpharmacologic. **Therapies that reduce blood pressure: a fresh perspective.** Clin Cardiol 1999; 22:III-5

BASTO, F. **Doenças cardiovasculares e risco cardiovascular** on-line do Portal de Saúde digital de Alert Life Science, 2009.

GOMES, Amanda; Mitre, Rosângela. **A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares** on-line da estratégia para risco cardiovascular, 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo 2010.

MALTA et al. 2009; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010.

MONTEIRO CA (org). **Velhos e novos males da Saúde no Brasil.** A evolução do país e de suas doenças 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP; 2000 435 p.

RONDON, M.U.P.B.; BRUM, P.C. Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens vol 10(2):** abril/junho de 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol 2010;** 95(1 Supl.1):1-51

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Campos do Jordão (SP); 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases.** Report Series 916, Genebra. 2003

WILSON, P.W.; D'AGOSTINO, R.B.; LEVY, D.; BELANGER, A.M.; SILBERSCHATZ, H.; KANNEL, W.B. **Prediction of coronary heart disease using risk factor categories.** Circulation. 1998;97(18):1837-47

ANEXO A- PLANILHA DE COLETA DE DADOS

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é Hipertenso	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	O paciente realiza mudanças do estilo de vida
De 1até o total de pacientes Cadastrados.	Nome	Em anos	0- Não 1-Sim	0- Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

