

# O PLANEJAMENTO DO CUIDADO AO HIPERTENSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM BASE NA SUA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

*Elaine da Costa Sousa<sup>1</sup>*

*Ozirina Maria da Costa<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (UNASUS/UFPI). Email: elaine\_csousa@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestre em Saúde da Mulher (UFPI). Tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade (UNASUS/UFPI). Email: ozirinacosta@hotmail.com

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis é uma das principais causas de adoecimento no mundo, a hipertensão arterial(HA) é uma delas, contribuindo para o aumento das morbidades relacionadas ao sistema cardiovascular. A HA no Brasil é altamente prevalente, atingindo cerca de 36 milhões de brasileiros, e em mais de 60% da população >60 anos. O principal problema diagnosticado pela equipe da Unidade Básica de Saúde- UBS de Floriano-PI quanto o cuidado ao hipertenso está relacionado à descontinuidade no atendimento que infelizmente corrobora para manutenção das atuais estatísticas. Para modificar esse cenário faz-se necessário elaborar um plano de cuidado aos hipertensos cadastrados na UBS através dos seguintes objetivos: realizar a classificação de risco, implantar um plano de cuidado aos hipertensos de acordo com as necessidades apresentadas, aumentar a adesão ao tratamento, monitorar as atividades desenvolvidas e a evolução da situação de saúde na perspectiva dos hipertensos adstritos. O acompanhamento do projeto de intervenção dar-se-á através da estratificação do risco dos hipertensos de acordo com dois critérios: a severidade da condição crônica estabelecida e a capacidade para autocuidado e o monitoramento dos indicadores. Optou-se pela utilização do ciclo PDSA, ferramenta de gestão, que compreende um conjunto de ações contínuas numa sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras da sigla: (*Plan*: planejar), (*Do*: fazer), (*Study*: estudar), e (*act*: atuar corretivamente). A classificação de risco permite conhecer as necessidades dos hipertensos pela equipe, o que tende a viabilizar um cuidado diferenciado na obtenção da adesão ao tratamento e redução dos óbitos e sequelas delas decorrentes.

**Palavras chaves:** Planejamento em Saúde, Hipertensão, Risco.

## THE PLANNING OF HYPERTENSIVE CARE IN PRIMARY CARE BASED ON ITS RISK CLASSIFICATION.

### SUMMARY

Non-communicable chronic diseases are one of the main causes of illness in the world, arterial hypertension (AH) is one of them, contributing to the increase in morbidities related to the cardiovascular system. HA in Brazil is highly prevalent, reaching about 36 million Brazilians, and in more than 60% of the population > 60 years. The main problem diagnosed by the team of the Basic Health Unit - UBS of Floriano-PI regarding care for hypertension is related to the discontinuity in care that unfortunately corroborates to maintain the current statistics. To modify this scenario, it is

necessary to prepare a plan of care for hypertensive patients enrolled in the UBS through the following objectives: to carry out risk classification, implement a plan of care for hypertensive patients according to the needs presented, increase adherence to treatment, monitor the activities developed and the evolution of the health situation from the perspective of hypertensive patients. The follow-up of the intervention project will be done by stratifying the risk of hypertensive patients according to two criteria: the severity of the chronic condition established and the capacity for self-care and the monitoring of the indicators. We opted for the use of the PDSA cycle, a management tool, which comprises a set of continuous actions in a sequence given by the order established by the letters of the acronym: (Plan: to plan), (Study: to study), and (act: act correctively). The risk classification allows the team to know the needs of the hypertensive patients, which tends to make possible a differentiated care in obtaining adherence to the treatment and reducing the deaths and resulting sequels.

**Keywords:** Health Planning, Hypertension, Risk.

## 1 – INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são uma das principais causas de adoecimento no mundo, a hipertensão arterial é uma delas, contribuindo para o aumento das morbidades relacionadas ao sistema cardiovascular. Vários fatores de risco estão a elas relacionados, como o tabagismo, sedentarismo, má alimentação e a obesidade. Tais situações de risco e vulnerabilidade necessitam de estratégias interdisciplinares relacionadas ao cuidado que atendam as necessidades do indivíduo.

A hipertensão arterial no Brasil é altamente prevalente, atingindo cerca de 36 milhões de brasileiros, e em mais de 60% da população >60 anos. Cerca de 50% das mortes por doença cardiovascular no País tem a HAS como um fator presente direta ou indiretamente. O impacto das doenças cardiovasculares na saúde das populações é crescente em todo o mundo, sobretudo nos países de baixa renda.(2)

A cidade de Floriano dista a 247 km ao sul da capital Teresina, com uma população de 57.690 habitantes possui 24 equipes de Estratégia Saúde da Família-ESF, 17 equipes funcionando na zona urbana e 07 na zona rural, cada ESF são compostas por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, no mínimo 01 técnico de enfermagem, 01 técnico de saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde. (10)

O atual contexto da Unidade Básica de Saúde de Floriano, que está localizada no centro da cidade de Floriano no Piauí, retrata uma área com grandes potencialidades que concentra boa parte do comércio da cidade, bancos, prédios públicos, praças, quadra de esportes, escolas, igrejas. Responsável por uma população aproximada de 2372 pessoas segundo o último levantamento no ano de 2017. Em relação ao perfil epidemiológico, acompanha um total de 278 hipertensos, 89 diabéticos, 13 casos de saúde mental, 08 gestantes, 38 crianças menores de dois anos, 01 caso de hanseníase e 439 idosos.

No ano de 2017 a mortalidade proporcional por causa em homens na faixa etária de sessenta anos ou mais no Piauí relacionada a doenças do aparelho circulatório foi de 2855 casos, representando 41% das mortes. À medida que os homens envelhecem as doenças do aparelho circulatório se destaca como a principal causa dos óbitos. (17)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa fator de risco de mortalidade cardiovascular para doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. Duas estratégias de prevenção são consideradas: a populacional e a dirigida a grupos de risco. A primeira defende a redução da exposição populacional a fatores de risco. Já a segunda considera as necessidades individuais dos indivíduos de acordo com a estratificação de risco apresentado. Podendo demandar cuidados mais intensos, acompanhamentos programado individual ou compartilhados.(8)

Essas necessidades precisam ser conhecidas pela equipe de saúde para a melhor condução do cuidado ao hipertenso. O que colabora para o enfrentamento do principal problema diagnosticado: a descontinuidade no atendimento aos hipertensos que infelizmente contribui para manutenção das atuais estatísticas.

Para modificar esse cenário faz-se necessário elaborar um plano de cuidado aos hipertensos cadastrados na unidade básica de saúde. Através dos seguintes objetivos: realizar a classificação de risco, implantar um plano de cuidado aos hipertensos de acordo com as necessidades apresentadas, aumentar a adesão ao tratamento, monitorar as atividades desenvolvidas e a evolução da situação de saúde na perspectiva dos hipertensos adstritos, envolvendo uma equipe multiprofissional que compreende os anseios da população.

### **3 – REVISÃO DA LITERATURA**

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. O fator de risco para HA está relacionado à idade, sendo mais prevalente na população idosa, sexo feminino e pessoas de raça negra/cor preta. Os riscos são intensificados pelo aumento da obesidade na população brasileira, o consumo excessivo de sal (sendo este um dos principais fatores de risco para HA), consumo crônico e elevado de bebida alcoólica, sedentarismo, socioeconômicos (adulto com menor nível de escolaridade) e genéticos. (11)

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), atualizou dados para o ano de 2017 referente ao percentual de homens e mulheres ( $\geq 18$  anos) que referiam diagnóstico médico de hipertensão arterial nas capitais dos 26 estados

brasileiros e no Distrito Federal. A frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%). Em ambos os sexos, a frequência de diagnóstico aumentou com a idade. (3)

A HA é uma epidemia nacional, atingindo 32,5% (36 milhões) de adultos e mais de 60% de idosos, e é responsável por 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) no Brasil. Dados recentes do Ministério da Saúde apontam que cerca de um em cada quatro brasileiros é hipertenso. A ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família e a melhora da atenção básica são os pilares para a redução dos desfechos cardiovasculares ligados à hipertensão arterial.(2)

Estratificar, em doenças crônicas, significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes. A estratificação da população traz vantagens na condução do caso clínico, pois diferencia os usuários por risco e dessa forma define os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. (5,13) Os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da Atenção Primária a Saúde - APS e da atenção especializada.

A estimativa do RCV pode ser feita em toda população, mas as pessoas que possuem alguma doença crônica como diabetes mellitus e hipertensão devem sempre ser avaliadas para este risco, pois influencia na decisão terapêutica e no prognóstico. Indivíduos hipertensos identificados como de maior risco precisam ser reconhecidos, pois estão mais sujeitos às complicações da doença; e às instituições da terapêutica devem ser mais precoce e agressiva. (2,15)

Ao fazer uma análise sobre as várias formas de estratificação do risco para indivíduos com condições crônicas de saúde Sheffield e Framingham são referência na avaliação cardiovascular por apresentarem eficácia clínica. No entanto, não considera a relevância da autonomia do sujeito para cuidar de si mesmo, ou seja, capacidade para o autocuidados, limitando-se a avaliação clínica. (1)

Diante dessa restrição, estabelece-se como plano de organização do cuidado às Doenças Crônicas não Transmissíveis-DCNT's a estratificação do risco de acordo com dois critérios: a severidade da condição crônica estabelecida e a capacidade para autocuidado, que contempla aspectos socioeconômicos e culturais, o grau de confiança e o apoio que as pessoas têm para cuidar de si mesmas. Esses dois aspectos se integram de acordo com a proposta apresentada por Sturmer e Bianchini como no quadro abaixo. (5,13,19).

| Grau de severidade da condição crônica   | Capacidade para autocuidado insuficiente | Capacidade para autocuidado suficiente | Ação de saúde predominante e conduta   |
|--|--|--|--|
| 4:doença cardiovascular estabelecida( )  | estrato 5( )                             | estrato 4( )                           | gestão de caso: discussão do caso, visitas domiciliares e abordagem familiar; atenção individual; educação em saúde.   |
| grau 3: has/dm acima da meta, sinais de lesão em órgão-alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda), alto risco pelo escore de framingham( ) | estrato 4( )                             | estrato 3( )                           | consultas sequenciais, trimestrais, multidisciplinares, educação em saúde.   |
| grau 2: has/dm dentro da meta, baixo/médio risco cardiovascular pelo escore de framingham( )   | estrato 2( )                             | estrato 2( )                           | consulta coletiva, educação em saúde<br>consulta multidisciplinar anual (médico, enfermagem, nutrição e odontológica ) |
| grau 1: somente fatores de risco( )  | estrato 1( )                             | estrato 1( )                           | grupo de educação em saúde   |

Fonte: (STÜRMER, BIANCHINI no prole); (Brasil, 2014); (ADAPTADO)

Após a identificação do estrato, os níveis de risco que vai de 1 a 5 orientam as ações predominantes de intervenção recomendadas. O Estrato 1 refere-se à situação de menor risco/vulnerabilidade, representa as pessoas que possuem apenas os fatores de risco ligados a comportamentos e a estilo de vida, não apresentando doença estabelecida, e cita como atenção profissional ações de saúde direcionadas à abordagem dos fatores de risco; o Estrato 2, baixo risco, corresponde às pessoas com fatores biopsicológicos estabelecidos e que exigem cuidado profissional mais dirigido, com o apoio ao autocuidado e cuidado compartilhado entre os diferentes profissionais da equipe de Saúde, como exemplo a consulta coletiva; Estrato 3, estrato intermediário, onde a condição crônica representa um risco maior, a atenção clínica precisa ser particularizada indo além das recomendações de protocolos, seja para investigação e/ou controle; o Estrato 4, é o alto risco e fazem parte desse estrato pessoas com suficiente capacidade para o autocuidado ou enfermidade crônica complexa exigindo cuidado individual e consultas sequenciais pelos profissionais; e estrato 5 que irá corresponder às pessoas que necessitam da maior concentração de atenção profissional, pois, à gravidade da condição estabelecida soma-se à insuficiente capacidade de autocuidado. Essas pessoas devem ser cuidadas, prioritariamente, por meio da gestão de caso. (5)

A identificação do estado de saúde de forma ampliada tem o escopo de conduzir a atenção dos profissionais de saúde em articulação com os recursos da comunidade para uma linha de cuidado ao indivíduo. No momento da avaliação do hipertenso a Vigilância Alimentar e Nutricional

compreende parte do cuidado, pois o conhecimento sobre os hábitos alimentares e o excesso de peso orienta a oferta de cuidado. (7)

A incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa é reduzida com a prática de atividade física, auxiliando na redução dos níveis pressóricos. O tipo de atividade, leve ou intensa, mais uma vez, será mediado através de uma prévia avaliação. Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. (8)

As Práticas Integrativas e Complementares-PIC já vem sendo desenvolvida na rede pública de saúde, dentre as quais a Medicina Tradicional Chinesa-MTC, atuando também no tratamento adjuvante nas doenças crônicas e que utiliza vários recursos, entre elas cita-se a auriculoterapia que auxilia no abandono de vícios (cigarro, por exemplo). A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens configuram, desse modo, prioridades do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS. (4)

Pesquisa realizada em Curitiba buscou avaliar a percepção dos profissionais da saúde e das pessoas usuárias sobre a implantação institucional de um novo Modelo de Atenção às Condições Crônicas-MACC proposta por Mendes. Decorrido um ano da introdução os resultados apontaram associação do modelo e a melhoria do cuidado a essas condições, principalmente na percepção dos usuários. (18)

A Portaria N°483 que redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doença crônica coloca o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção como um dos princípios da rede de atenção, objetivando impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas. (6)

Existem algumas ferramentas de diagnóstico e monitoramento para definir a capacidade de cuidar das condições crônicas nas organizações de saúde, dentre elas o PACIC, *Patient Assessment of Chronic Illness Care*, que mede a qualidade da atenção às condições crônicas na perspectiva das pessoas usuárias. Trata-se de um questionário aplicado ao usuário atendido pela equipe da ESF e que envolve áreas como plano de cuidado, proatividade das pessoas no cuidado, intervenções sobre fatores de risco ligados a comportamentos e estilos de vida, respeito aos valores das pessoas, autocuidado, acesso a especialistas e monitoramento do cuidado.(13)

Estudo realizado no distrito de Belo Horizonte utilizando a ferramenta de avaliação PACIC, em idosos que tinham diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial na atenção primária constatou-se baixa qualidade no cuidado segundo a perspectiva do idoso. Evidenciando possíveis falhas dos profissionais de saúde em reconhecer a responsabilidade do usuário na tomada de decisões pelo seu próprio cuidado. Tais distorções contribuiu para as recomendações ao incentivo na ampliação

de estratégias in loco que possibilitem a diversidade de ações na prevenção e gestão das condições de saúde, de modo a incluir a cultura, os valores e as experiências do usuário. (16)

Na condução da proposta de intervenção optou-se pela utilização do ciclo PDSA, uma técnica que visa o controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para o gerenciamento das atividades de uma organização. O ciclo PDSA foi desenvolvido por Walter A. Shewart na década de 20, mas começou a ser conhecido como ciclo de Deming em 1950, por ter sido amplamente difundido por esse autor. Compreende um conjunto de ações numa sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (*plan*: planejar), D (*do*: fazer), S (*study*: estudar), e A (*act*: atuar corretivamente). (13)

Promover mudanças na organização dos serviços de saúde para melhoria na qualidade de vida da população hipertensa da área adstrita demanda um planejamento estruturado e participativo, visto que a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas é complexo e ao mesmo tempo necessária para redução dos riscos, mortes e sequela delas decorrentes.

#### 4 – PLANO OPERATIVO

| SITUAÇÃO PROBLEMA                                 | OBJETIVOS   | METAS/ PRAZOS  | AÇÕES/ ESTRATÉGIAS  | RESPONSÁVEIS         |
|---|---|--|---|----------------------|
| Descontinuidade no acompanhamento dos hipertensos | 1-Realizar a classificação de risco dos hipertensos cadastrados na Unidade Básica de Florianio; | 1-Identificação dos diferentes estratos de risco em 100% da população de hipertensos;<br><br>2-Definição do tipo e periodicidade dos atendimentos;<br><br>Prazo:jan-mar/2019 | 1-utilização do escore de Framingham como instrumento de avaliação;<br><br>2-Estratificar em 5 níveis o grau de risco proposto por Stürmer e Bianchini; | Enfermeira e médico  |
|   | 2-implantar um plano de cuidado aos hipertensos de acordo com as necessidades apresentadas.     | 3-Adequação das ações individuais e coletivas conforme as particularidades de cada hipertenso;   | 3-gestão do caso;<br><br>4-atendimento individual e compartilhado;  | ESF, ESB, NASF, SMS. |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  | <p><b>4-Capacitação de 100% dos profissionais;</b></p> <p><b>Prazo: Permanente.</b></p>                  |   |  |
| <p><b>3-Aumentar a adesão ao tratamento;</b></p> | <p><b>5-redução de 20% no número de internações decorrentes da HA;</b></p> <p><b>Prazo: jan/2020</b></p> | <p><b>5-formação do grupo de hipertensos com foco na promoção da saúde;</b></p> <p><b>6- Revisão e implantação do programa antitabagismo;</b></p> <p><b>7- Implantação do programa de reeducação alimentar;</b></p> <p><b>8-Implantação do programa de atividade física;</b></p> <p><b>9-Implantação do programa de controle do álcool;</b></p> <p><b>10-Utilização das práticas integrativas e complementares como forma de ampliar a abordagem clínica no cuidado ao hipertenso (auriculoterapia);</b></p> <p><b>11-Busca ativa dos hipertensos faltosos;</b></p> |  |



|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  | <p><b>4-Monitorar as atividades desenvolvidas e a evolução da situação de saúde na perspectiva dos hipertensos adstritos.</b></p> | <p><b>6-Identificação das falhas e correção na condução do cuidado.</b></p> <p><b>Prazo: anual.</b></p> | <p><b>12-Utilização do questionário de avaliação PACIC.</b></p> | <p><b>enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem e TSB, ACS.</b></p> |
|--|---|---|---|---|

## 5 – PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

A realização do acompanhamento do projeto de intervenção dar-se-á através da identificação do risco dos hipertensos e do monitoramento dos indicadores, utilizando entre elas a ferramenta de avaliação PACIC, *Patient Assessment of Chronic Illness Care*, que mede a qualidade da atenção às condições crônicas na perspectiva das pessoas usuárias. Como dito anteriormente, a avaliação de risco é necessária para compreensão das necessidades dos indivíduos. Dessa forma, a tabela-1 sintetiza a orientação que a equipe necessita para condução dos trabalhos.

Quanto à ferramenta de monitoramento PACIC, pode ser utilizada periodicamente em conjunto com a avaliação de risco. O PACIC é constituído por 20 questões, distribuídas em cinco dimensões que avaliam até que ponto o indivíduo foi motivado e apoiado pelo profissional de saúde para iniciar mudanças; se o indivíduo foi apoiado, por exemplo, com materiais educativos e quão satisfeito ficou com a organização do cuidado recebido; até que ponto as instruções gerais e sugestões foram adaptadas à situação individual da pessoa; como os profissionais de saúde lidam com os problemas que interferem no alcance dos objetivos predefinidos; aborda quão frequente e consistentemente todo o processo foi seguido. Os indivíduos podem dar apenas uma resposta para cada pergunta cujas alternativas encontram-se em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo: 1) nunca, 2) poucas vezes, 3) algumas vezes, 4) muitas vezes e 5) sempre.(6) A pontuação média geral do PACIC é obtida pela soma das respostas de cada questão, dividida pelo número total de perguntas (n=20). Escores mais altos indicam percepção das pessoas usuárias de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas condições crônicas. (16)

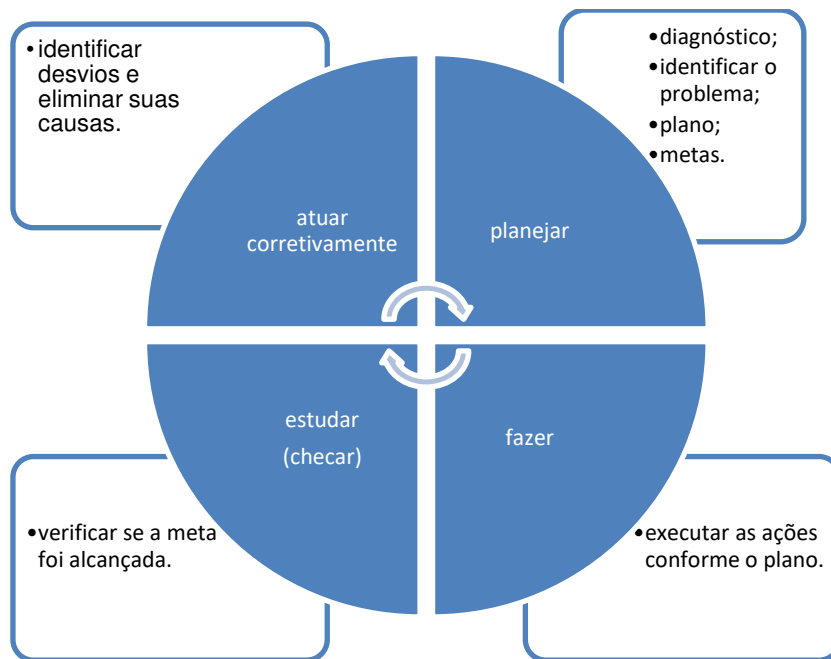
Segue a tabela-1 para acompanhamento e avaliação do plano, contendo os respectivos indicadores.

**Tabela-1: planília de gestão, acompanhamento e avaliação da condição crônica dos hipertensos cadastrados na UBS de Florianio.**

| Indicadores                              | Março/2019 |   | Março/2020 |   |
|--|------------|---|------------|---|
|  | Número     | % | número     | % |
| Número de hipertensos na área            |            |   |            |   |
| Número de hipertensos cadastrados        |            |   |            |   |
| Grau de risco avaliado                   |            |   |            |   |
| Risco 5                                  |            |   |            |   |
| Risco 4                                  |            |   |            |   |
| Risco 3                                  |            |   |            |   |
| Risco 2                                  |            |   |            |   |
| Internações por problemas de hipertensão |            |   |            |   |
| Adesão à atividade física                |            |   |            |   |
| Número de hipertensos obesos             |            |   |            |   |
| Número de hipertensos fumantes           |            |   |            |   |
| Redução no consumo de sal                |            |   |            |   |
| Média PACIC                              |            |   |            |   |

Fonte: própria autora (2018)

O desenvolvimento deste trabalho pode resultar em novas demandas ou ações diversas das então propostas que surgem das necessidades dos clientes em estudo, devido a isto se optou pela utilização do ciclo PDSA, ferramenta de gestão, aplicável a qualquer organização e que auxiliará na condução do processo. É uma técnica dinâmica, visto que se trata de um ciclo contínuo. É de fácil visualização e compreensão por todos na equipe.



Fonte: Oliveira (2016); (ADAPTADO)

As intervenções requerem um acompanhamento contínuo das ações planejadas e dos resultados alcançados ao longo do tempo. Por isto, o processo de desenvolvimento dos trabalhos deve ser compreendido por todos os executores do serviço, uma vez que tal entendimento elevam as chances do cumprimento das metas estabelecidas e conseqüentemente ao atingimento dos objetivos.

## 6 – CONCLUSÃO

O diagnóstico de saúde através da classificação de risco dos hipertensos faz-se necessária para a orientação do tratamento, que não apenas medicamentoso, e organização do serviço de saúde para melhor atender a demanda da população. O conhecimento das necessidades individuais dos hipertensos pela equipe tende a viabilizar um cuidado diferenciado a essa população com o intuito de obter uma maior adesão ao tratamento e redução dos óbitos e sequelas delas decorrentes.

A implantação deste projeto permitirá um melhor cuidado ao paciente, através da priorização do usuário. Tal perspectiva poderá trazer repercussão no processo organizativo dos trabalhos da equipe, visto que as demandas ora não diagnosticada de forma integral fará surgir serviços contínuos de educação, gestão do caso, atendimentos compartilhados de acordo com as necessidades encontradas.

Nesse sentido, é possível deparar-se com a resistência de diversos atores sejam estes os próprios profissionais de saúde ou a clientela. Portanto, o planejamento deve ser seguido com o cumprimento das ações propostas e o seu monitoramento, identificando o mais precoce as falhas

para sua correção. Assim, os objetivos poderão ser atingidos, ampliando a linha de cuidado de forma holística ao propiciar uma atenção integral aos hipertensos assistidos.

## REFERÊNCIAS

- 1-ALVES JUNIOR, A.C. **A Estratificação de Risco na Rede de Atenção à Saúde em Manaus:**Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica: Reflexões e Propostas Iniciais para a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Manaus, 2013. . Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wpcontent/uploads/2014/04/ESTRATIFICA%C3%87A%C3%95-DE-RISCO.pdf>. Acessado em: 29/10/2018;
- 2-BRANDÃO.A.A;NOGUEIRA.A.R.Manual de Hipertensão Arterial. SOCERJ. Rio de Janeiro,2018;
- 3-BRASIL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) ,Brasília 2018;
- 4-Brasil. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS** : atitude de ampliação de acesso. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília, 2015;
- 5-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a;
- 6-BRASIL. PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014. **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, DF, 2014b;
- 7-Brasil. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade** / Ministério da Saúde. Brasília, 2014c;
- 8-Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde. Brasília, 2013;
- 9-BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2010;
- 10-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010;
- 11-MALACHIAS. M.V.B; SOUZA W.K.S.B; PLAVNIK. F.L; RODRIGUES. C.I.S; BRANDÃO. A.A; NEVES. M.F.T; et al. 7ª **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83;
- 12-Mendes. E.V. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. O cuidado das doenças crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo na consolidação da Estratégia Saúde da Família/Organização Pan Americana de Saúde, 2ª edição, 2012;
- 13-OLIVEIRA.A.E.F; REIS.R.S. **Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS.** Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. . São Luís, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/pc/Downloads/GP5U1.pdf>. Acessado em: 08/11/2018;
- 14-PIRES.I.F.B. Projeto de intervenção para estratificação de risco cardiovascular de hipertensos e diabéticos na ESF Esperança de Japonvar/MG, a partir do escore de Framingham. **23f.**

**Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8972>. Acessado em: 29/10/2018;**

15-SILVIA.L.B; SOARES.S.M; SILVA.P.A.B; et al. **Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2987; Available in: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e2987.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2987.pdf) . [Access31/10/2018];

16-SESAPI.Situação da morbimortalidade no sexo masculino na faixa etária de 20 a 59 anos e 60 anos e mais. Piauí 2008 e 2017;

17-SCHWABI, G.L; MOYSES, S.T.; KUSMA, S.Z.; et al. **Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba**. Saúde Debate, v.38; n.(n. Especial), p.307-318, Out, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0307.pdf>. Acessado em: 30/10/2018;

18-STÜRMER, P. L.; BIANCHINI, I. **Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas**. 2012. No prelo;