

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR,
APÓS A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

MARCELO DO VALLE MARQUES TEIXEIRA

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2011

MARCELO DO VALLE MARQUES TEIXEIRA

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR,
APÓS A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

Orientador: Prof. Ivan Batista Coelho

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2011

MARCELO DO VALLE MARQUES TEIXEIRA

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR,
APÓS A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família, Universidade Federal de Minas de Gerais, para obtenção do Certificado Especialista.

Orientador: Prof Ivan Batista Coelho

Banca Examinadora:

Prof. Ivan Batista Coelho - Orientador

Profa. Dra. Celina Camilo de Oliveira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte 14/05/ 2011

Agradeço inicialmente a DEUS por ter iluminado a mim e a todos que me auxiliaram na execução deste trabalho.

A Laiana minha esposa pela sua compreensão e apoio.
As minhas tutoras presenciais do polo de Governador Valadares.

Ao meu orientador, professor Ivan Batista Coelho pela forma cordial e solícita no trato para comigo.

A profa. Suelene Coelho que me auxiliou bastante no delinear desta obra.

A minha filha Maria Eduarda que na sua tenra idade ainda não sabe o que é um TCC. Mas sabe da sua importância para seu papai!

Ao servidor da Prefeitura Municipal de Resplendor, Sr Rallydson Fernandes pelo levantamento das informações a serem utilizadas.

E por fim numa mescla de agradecimento e dedicação, aos meus pacientes. Afinal, são por eles que nos aprofundamos no conhecimento. Com objetivo único e maior de lhes proporcionar uma excelência no atendimento.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de distribuição mundial, traduzindo-se assim um problema de saúde pública que merece enfrentamento, sobretudo por ser o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Desta maneira, torna-se evidente a importância do profissional que trabalha em atenção básica, como agente para detecção precoce destes casos e seu posterior acompanhamento objetivando postergar os efeitos maléficos desta patologia sobre os órgãos-alvo. Este trabalho analisa o acompanhamento da HAS no município de Resplendor (MG) no período compreendido entre 2003 a 2010, que corresponde à implantação da ESF no município.

Palavras Chave: Hipertensão arterial. Programa de Saúde da Família. Atenção Básica em Saúde.

ABSTRACT

Systemic Hypertension (SH) is a disease of worldwide distribution, thus translating into a public health problem that deserves to confrontation, especially since it is the main risk factor for developing cardiovascular and renal disease. In Brazil, cardiovascular diseases account for 33% of deaths with known causes. Thus, it becomes evident the importance of professional working in primary care, as agent for early detection of these cases and subsequent follow-up aiming to postpone the evil effects of this disease on the target organs. This paper examines the monitoring of SH in the city of Resplendor (MG) in the period 2003-2010, which corresponds to the implementation of Strategy of Family Health in the city.

Key words: Hypertension. Family Health Program, Primary Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	15
2.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR.....	15
3 OBJETIVO.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 RESULTADOS DA PESQUISAS.....	21
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	21
5.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	23
6 PROPOSTAS PARA ENFRENTAMENTO DA HAS EM RESPLENDOR	28
6.1 POPULAÇÃO ALVO.....	28
6.2 ABORDAGEM DOS FATORES DE RISCO.....	28
6.3 CONDUÇÃO DOS CASOS	28
6.4 ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR(RCV).....	31
6.5 CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAI.....	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa abordar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por se tratar de uma condição de alta prevalência no Brasil. Estima-se acometer em torno de 35% da população com mais de 40 anos de idade, representando em números absolutos 17 milhões de portadores, segundo estimativas por parte do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2004. Cerca de 75% destes, recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na atenção básica. (www.saude.gov.br, 2010).

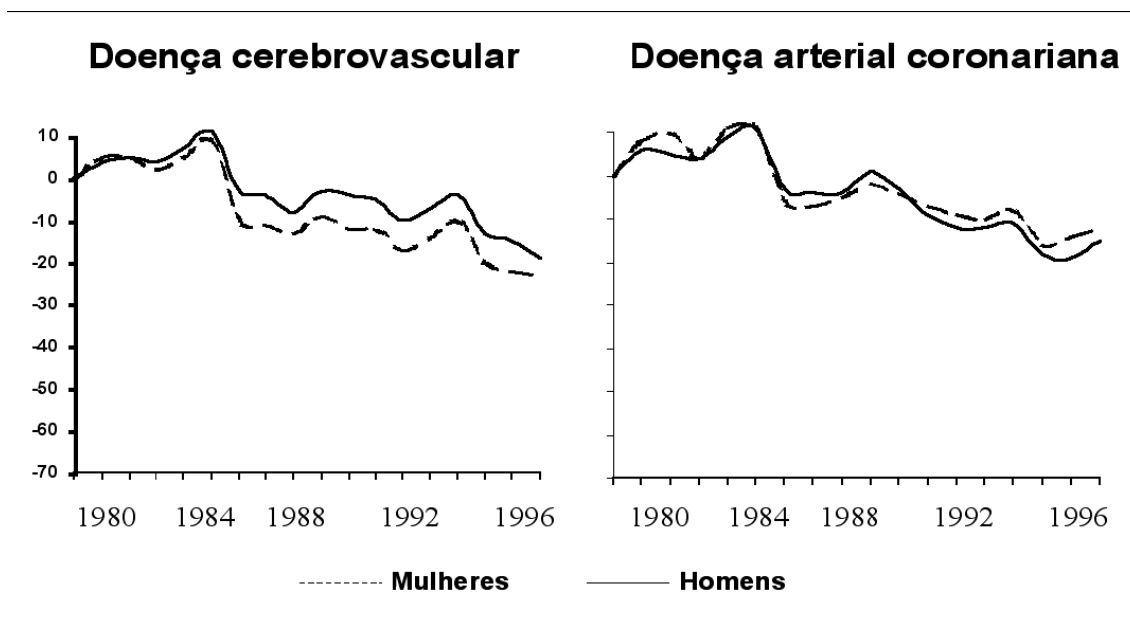
Desde 1963, as doenças cardiovasculares superam as outras causas de morte, sendo atualmente responsáveis por 27% dos óbitos (CFM, 2002)

Outros dados apontam também ser a HAS responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (www.saude.gov.br, 2006).

Atualmente, a HAS está presente em um adulto se a pressão arterial sistólica for \geq a 140 mmHg ou se a pressão arterial diastólica for maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas com idade \geq a 18 anos. De acordo com esta definição estima-se que 50 milhões de americanos tenham HAS. Todavia esta definição não se baseia a partir de quaisquer dados fisiopatológico, mas sim, a partir da análise da variação de pressões na população e riscos de morbidade e mortalidade associados. (ANDREOLI, 2005).

“Diferentemente do quadro norte-americano, que mostrou redução de 60% na mortalidade por doença cérebro-vascular e 53% por doença arterial coronariana, no Brasil (Figura 1) a redução verificada foi de 20% e 13%, respectivamente” (Arquivos Brasileiros de Cardiologia. vol.82 suppl.4. São Paulo Mar. 2004).

FIGURA 1 Mortalidade por doença cerebrovascular e doença arterial coronariana no Brasil de 1980 a 1996 - Porcentagem de declínio ajustada por idade



Fonte: Arquivos Brasileiros de Cardiologia vol.82 suppl.4 São Paulo Mar. 2004

Existe também outra definição, até mais abrangente que seria a da elevação dos níveis pressóricos além das cifras determinadas pelas atuais diretrizes, seria um fator independente de risco de consequências a nível cardíaco, coronariano, cerebrovascular, renal e vascular. Elevações a partir de 115/75 MMHG já demonstram aumento nos índices de mortalidade cardiovascular.

Mas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não pode ser vista apenas pelo aspecto das cifras tensionais elevadas. Na verdade a HAS existe num contexto sindrômico, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas. (MANO, 2009)

Os componentes da síndrome hipertensiva são muitas vezes fatores de risco cardiovasculares independentes. Ao tratar a hipertensão devemos ter em mente os fatores de risco associados e o impacto do tratamento nestes fatores. Assim, apesar de um controle satisfatório da pressão arterial, outros fatores de risco potencialmente maiores podem se sobrepuser, não melhorando a situação clínica do paciente, fazendo com que o tratamento atual da hipertensão arterial sistêmica não possa se resumir simplesmente à redução dos níveis pressóricos, mas do risco cardiovascular global.

A justificativa da proposição deste tema fundamenta-se na relevância que ele representa para os profissionais que militam em saúde pública no Brasil. Entenda-

se relevância no sentido do desafio, imposto a partir de políticas públicas infrutíferas ao longo dos anos sejam para educar, prevenir, tratar e controlar. Considera-se também dentre as doenças do aparelho circulatório, a hipertensiva propriamente dita, como causa de óbito em 33487 pacientes num total de 1006827 casos. (RBM, 1999).

Mesmo sabendo que tradicionalmente não são inseridas tabelas nesta fase do trabalho optamos por inserir três apenas para consubstanciar a importância do tema. Além disso, tem como cenário a cidade de São Paulo (SP).

Ao analisar a Tabela 1 nota-se que a HAS encontra-se em quinto lugar como causa de óbitos por doença do aparelho circulatório no período analisado em residentes em São Paulo. Esta assertiva mostra a importância da detecção e controle precoces. Inclusive, na prática, as quatro causas anteriores na grande maioria das vezes têm como condição desencadeante o mau controle da HAS.

TABELA 1 TAXA DE ÓBITO POR 100.000 HABITANTES POR DOENÇA DO APARELHO CIRCULATÓRIO PARA RESIDENTES EM SÃO PAULO, EM 2005 E 2006

Doença do Aparelho circulatório	Ano	
	2005	2006
Doenças isquêmicas do coração	60,42	61,80
Doenças cerebrovasculares	49,35	51,28
Infarto agudo do miocárdio	42,06	43,44
Outras doenças cardíacas	38,56	39,63
Doenças hipertensivas	16,09	16,65
Outras doenças do aparelho circulatório	9,87	9,67
Febre reumática aguda e doença reumática crônica do coração	1,52	1,55
Aterosclerose	1,20	1,32

Fonte: DATASUS-MS, 2009

Na tabela 1 apresenta as taxas de mortalidade por doença de aparelho circulatório de 2005 e 2006 para 100000 habitantes (RBM, 1999)

Na tabela 2, também são abordados as causas de óbito em São Paulo. Todavia na faixa etária dos idosos. Aonde os dados mostram-se inalterados quando comparados a anterior, sendo as doenças isquêmicas do coração figurando em primeiro lugar.

TABELA 2 TAXA DE ÓBITO POR 100.000 HABITANTES POR DOENÇA DO APARELHO CIRCULATÓRIO PARA IDOSOS RESIDENTES EM SÃO PAULO, EM 2005 E 2006.

Doença do Aparelho circulatório	Ano	
	2005	2006
Doenças isquêmicas do coração	502,90	512,59
Doenças cerebrovasculares	424,29	445,21
Infarto agudo do miocárdio	336,78	344,66
Outras doenças cardíacas	336,61	347,13
Doenças hipertensivas	138,55	145,00
Outras doenças do aparelho circulatório	85,90	82,84
Febre reumática aguda e doença reumática crônica do coração	12,95	14,01
Aterosclerose	9,11	9,59

Fonte: DATASUS-MS, 2009.

Observa-se ainda, na tabela 2, que dentre as doenças do aparelho circulatório as doenças hipertensivas mantêm-se como a quinta causa de óbito nos anos de 2005 e 2006 em idosos (RBM, 1999).

Já na tabela 3, nos permite aferir que as taxas de óbito do aparelho circulatório são muito maiores quando comparadas com os adultos e a população em geral. (RBM, 1999).

TABELA 3 TAXA DE ÓBITO POR 100.000 HABITANTES POR DOENÇA DO APARELHO CIRCULATÓRIO PARA ADULTOS RESIDENTES EM SÃO PAULO, EM 2005 E 2006.

Doença do Aparelho circulatório	Ano	
	2005	2006
Doenças isquêmicas do coração	42,27	43,62
Doenças cerebrovasculares	32,56	34,27
Infarto agudo do miocárdio	30,81	30,35
Outras doenças cardíacas	20,81	21,27
Doenças hipertensivas	10,10	10,05
Outras doenças do aparelho circulatório	5,80	5,95
Febre reumática aguda e doença reumática crônica do coração	1,69	1,74
Aterosclerose	0,15	0,21

Fonte: DATASUS-MS, 2009.

Quando comparadas, Tabela 3 e Tabela 2, dentre as doenças do aparelho circulatório poderíamos inferir que em uma projeção a que obteve maior diferença entre as faixas etárias fora a aterosclerose seguida outras por doenças cardíacas e outras doenças do aparelho circulatório. Sobre a HAS situa-se em quinto lugar.

Trabalho como médico desde 1996 e desde então, o presente tema sempre despertou minha atenção. Seja com infectologista, médico de trabalho, “manager” em gerência em saúde. Enfim... Como tratar? Por que tratar? Como abordar?

Outra justificativa se dá pelo fato de ser este o primeiro trabalho científico na área de saúde da família no âmbito municipal realizado por profissional atuante em

Resplendor. Por mais que este seja um tema amplamente discutido permanece atual. Tanto para o MS citado quanto para a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) que serão apresentados no decurso do trabalho. Pois afinal compõe um dos indicadores da atenção básica.

Em 2003, no município de Resplendor, haviam 609 pacientes cadastrados como hipertensos o que correspondia a 10,90% de casos para 5589 pessoas cadastradas no total (SIAB. 2003). Assim sendo, qual seria a variação deste indicador até os dias atuais? Portanto, o objetivo principal deste trabalho é analisar o comportamento da HAS no município de Resplendor (MG) e a resposta a esta pergunta.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 Histórico do município de Resplendor (MG):

Foi no final do século XIX que se iniciou o propriamente dito o desbravamento das terras que compõem o município de Resplendor, em virtude das dificuldades que os silvícolas "aimoré ou aimorés ou botocudos" apresentavam no retardamento da civilização local, pois, durante muito tempo, resistiram ao assédio dos homens brancos, oferecendo-lhes resistência heróica contra as suas pretensões de domínio e de conquistas (PMR,2010).

Muitos desbravadores contribuíram para o desenvolvimento do município. Todavia, o fator decisivo e preponderante para o desenvolvimento econômico da região fora a construção da Estrada de Ferro Vitória – Minas. Pois seus trilhos cortavam as terras locais facilitando o acesso e, sobretudo, determinaram a localização de uma Estação em que os engenheiros da ferrovia denominaram de Resplendor, em face de existir perto do local uma pedra que ao ficar exposta ao sol, refletia uma luminosidade em profusão.

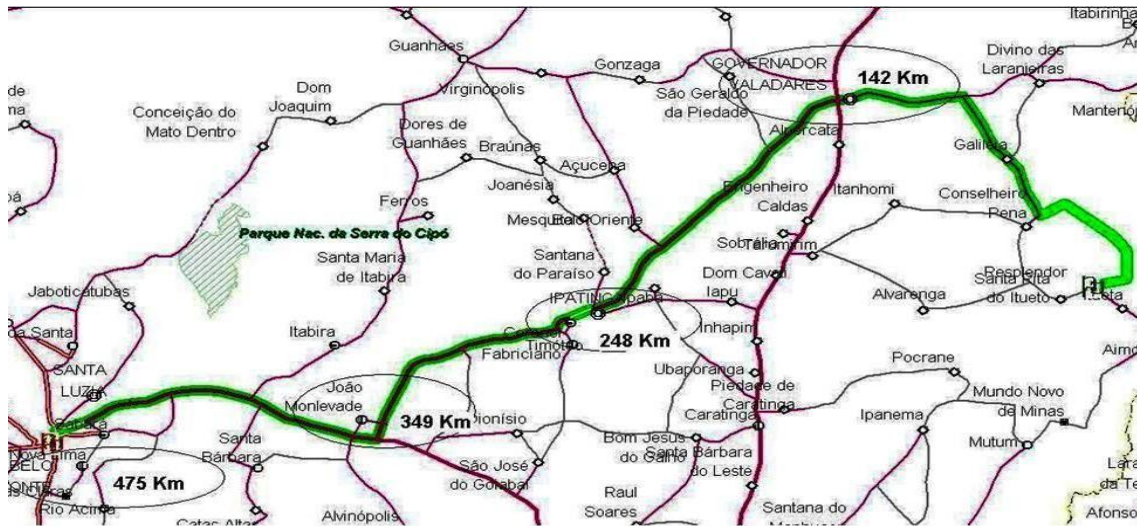
Foi em torno dessa estação ferroviária que a cidade começou a desenvolver-se e que a denominação do município teve a sua origem (PMR, 2010).

Resplendor ocupa uma área de 1083,84 km² com população estimada em 17608 hab. (IBGE, 2009). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal é de 0,73 (PNUD, 2000).

O município de Resplendor localiza-se no leste mineiro, tendo como principal acidente geográfico o Rio Doce, dista em torno de 445 km da capital estadual, Belo Horizonte; tendo como base de sua economia, a pecuária leiteira aonde a maior parte de sua produção é escoada por uma cooperativa de laticínios municipal. Ademais a este segmento e, em menor escala, existem outras atividades econômicas geradoras de mão de obra e renda, tais como: comércio em geral, as três esferas do serviço público, trabalho sazonal (colheita de café) e a informalidade.

A seguir, listam-se os principais acessos rodoviários para Resplendor, mapa 1, no sentido Belo Horizonte(MG) e mapa 2, Vitória(ES), (PMR, 2010).

MAPA 1

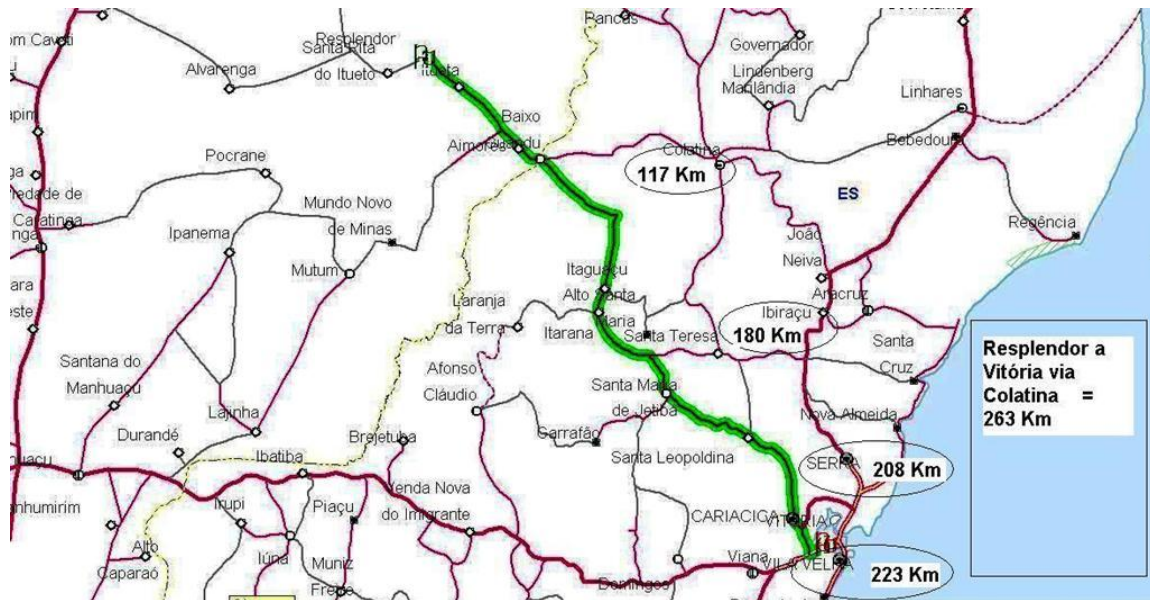


Resplendor a Belo Horizonte, via Governador Valadares, Ipatinga e João Monlevade, com indicativo de quilometragem no mapa.

Para se chegar a Belo Horizonte o caminho mais rápido é seguindo pela rodovia BR 259, até Governador Valadares e ao cruzar a BR 116 (Rio - Bahia) continuar viagem pela BR 381, esta até João Monlevade, passando por Ipatinga, Coronel Fabriciano, Timóteo e outras.

De João Monlevade até Belo Horizonte, vê-se a indicação da rodovia BR 262, sendo que a BR 381, segue em paralelo ou dentro desta até Belo Horizonte.

MAPA 2



Já no sentido à Capital do Estado do Espírito Santo (Vitória), podemos seguir por dois caminhos diferentes, ambos com rodovias bem conservadas, conforme podemos verificar no mapa com indicação de quilometragens impressas ao lado das principais cidades ao longo da rodovia.

3 OBJETIVO

O presente trabalho tem por objetivo principal permitir ao leitor analisar o comportamento da HAS no município de Resplendor no período compreendido entre os anos de 2003 a 2010, correspondendo à implantação da ESF no município tendo como fontes literatura impressa específica, pesquisa pela internet e utilização de tabelas e gráficos pertinentes ao tema proposto.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações referentes ao tema. Todavia, em termos didáticos, preliminarmente a metodologia torna-se necessário o esclarecimento do termo indicador e qual seria sua utilidade? Indicador dentre várias definições tem como significado o de ser um instrumento que permite avaliar o processo de trabalho, em parte ou num todo, conforme a necessidade do investigador.

São muitos os indicadores relativos ao que ocorre na assistência à saúde. Eles podem ser agrupados em indicadores de insumos, de processo e de impacto. Indicadores de insumo: são aqueles que se referem as condições sob as quais os produtos e/ou serviços são ofertados. Incluem-se: recursos humanos e materiais; recursos financeiros: gastos e distribuição destes conforme o nível de complexidade na rede;

Indicadores de processo: referem-se a detalhes do processo que conduz à manutenção da saúde ou à recuperação da doença. Por exemplo:

- proporção de gestantes que fazem pré-natal, proporção de gestantes com 6 consultas e mais na gravidez, proporção de gestantes inscritas no primeiro trimestre;
- Indicadores de impacto (ou de resultado): muitas das ações e serviços de saúde têm validade intrínseca, indiscutível, porém cada vez mais os planejadores e gestores buscam evidências de quais benefícios decorrem dos investimentos no setor.

É muito difícil distinguir e controlar o impacto dos serviços de saúde na melhoria das condições de saúde. Nos anos 80 e 90, a grande diminuição da mortalidade infantil, com ênfase nas mortes causadas pelas gastroenterites, deveu-se principalmente ao aumento da cobertura de saneamento básico, e neste, acesso à água tratada de boa qualidade (e, portanto, fatores externos ao setor saúde). Ainda hoje o efeito da disponibilização de água tratada sobre a mortalidade infantil pode ser visto nos estados menos desenvolvidos da Região Nordeste (BRASIL, 2010).

Para finalizar, há que mencionar, que o indicador pertinente a este trabalho é um indicador de resultado.

Neste item o objetivo é mostrar como seriam abordados os casos de HAS; a partir da definição do segmento da população a ser assistida, permitindo, já em um primeiro contato. A abordagem dos fatores de risco para posterior acompanhamento, inclusive, com classificação do tipo de HAS baseada nestes.

O desenvolvimento deste estudo ocorrerá a partir de dados provenientes do SIAB do município, além de outras fontes, como por exemplo, artigos, livros e revistas médicas, a princípio Jornal Brasileiro de Medicina (JBM) e Revista Brasileira de Medicina (RBM), e pesquisa via internet nos sites do Ministério da Saúde (MS) e Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).

5 RESULTADO DAS PESQUISAS

5-1 Caracterização do município

Quanto a estrutura da saúde, Resplendor é município sede de microrregião de saúde, conta com 04 Equipes de ESF (sendo uma rural) aonde são realizadas as ações sensíveis a esfera da atenção básica: Pré natal, Hiperdia, puericultura, vacinação, palestras, acompanhamento para os casos de Tuberculose, Hanseníase e Leishmaniose (esta por ser uma doença endêmica). Conta ainda com um hospital conveniado, uma unidade de saúde central, destinada a atuar como referência às equipes de ESF, dois laboratórios de análises clínicas, duas clínicas de fisioterapia além de consultórios médicos e odontológicos particulares.

A seguir são apresentados dois gráficos com intuito de expor o perfil da saúde de Resplendor (SIAB, 2010). Antes, porém, tomaremos como base de análise os seguintes anos e razões para tal opção:

2003- Ano de implementação do programa de ESF no município. Contava-se com apenas uma equipe com cobertura simultânea a dois bairros;

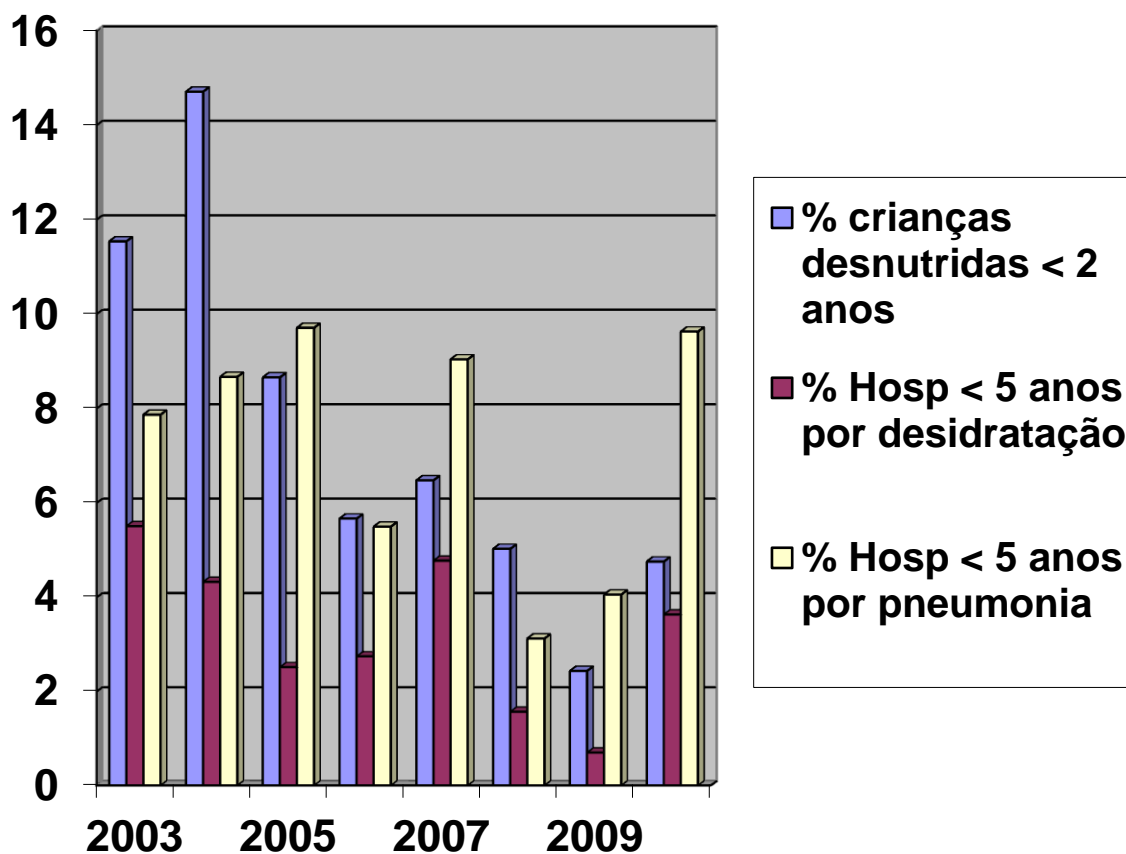
2005- Ano de ampliação das equipes, inclusive com o incremento de uma equipe de saúde bucal;

2007- Ano da plenitude do funcionamento das Equipes e

2010- Ano atual.

O gráfico nº 1, tem sua aplicação para avaliarmos o acompanhamento as crianças de 02 anos a 05 anos de idade. Nele constam informações sobre o percentual de crianças desnutridas, internadas por desidratação e por pneumonia

GRÁFICO 1 PERCENTUAL DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS MENORES DE DOIS ANOS, HOSPITALIZADAS COM MENOS DE CINCO ANOS POR DESIDRATAÇÃO E PNEUMONIA NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR, NO PERÍODO DE 2003 A 2009

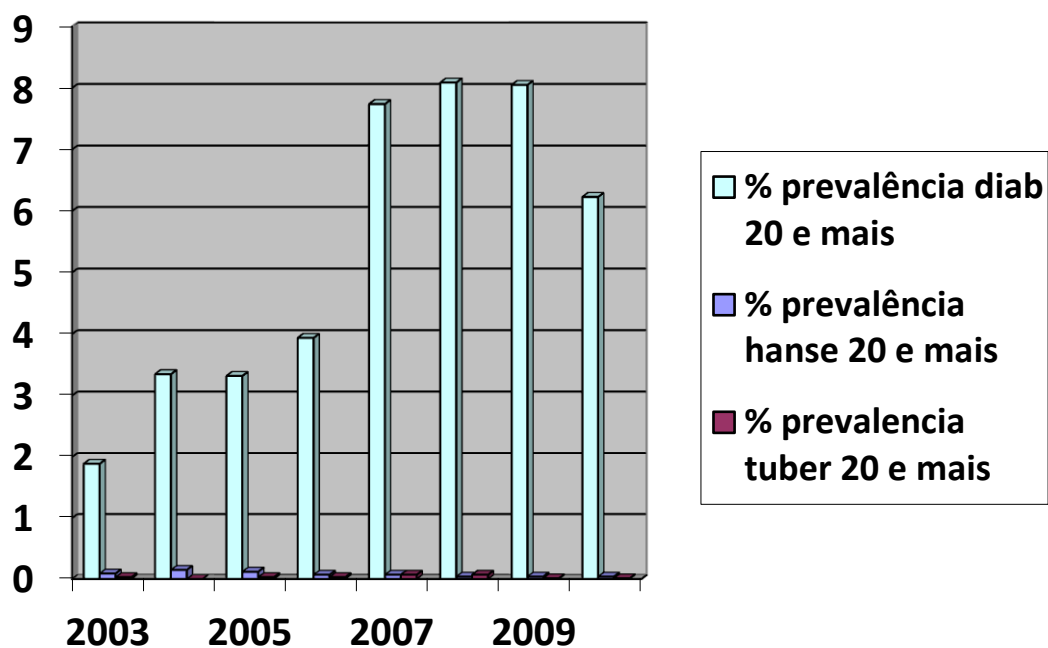


Fonte: SIAB

Em 2003, até por haver apenas uma equipe funcionante haviam números elevados em comparação aos atuais, para desnutrição e desidratação. Respectivamente 11,54% e 5,51%; números estes que decorridos 07 anos consecutivos caíram para 4,76% e 3,64%. Quanto as hospitalizações por pneumonia, a variação foi pouca. A maior diferença foi nos anos de 2003 e 2005; 7,87% e 9,71%. Desde então houve baixa oscilação até os atuais 9,63%.

O gráfico nº 2 é abordado os percentuais de diabéticos e portadores de hanseníase e tuberculose, todos com 20 anos e mais.

GRÁFICO 2 PERCENTUAL DA PREVALÊNCIA DE DIABETES, HANSENÍASES E TUBERCULOSE EM INDIVÍDUOS ACIMA DE 20 ANOS OU MAIS NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR NO PERÍODO DE 2003 A 2010



Fonte: SIAB

Neste caso, observa-se a pouca variação nos casos de tuberculose e hanseníase, sendo que esta última, praticamente zerou; houve queda de 0,03% a 0,01% de 2003 a 2010.

Sobre a diabetes, nota-se um crescente nº dos casos na mesma proporção das equipes atuantes.

5.2 Diagnóstico situacional da saúde

O presente trabalho visa fornecer ao leitor informações necessárias para estabelecer uma análise do comportamento da HAS, no município de Resplendor, entre os anos de 2003 a 2010 a partir da análise dos dados do SIAB.

Apesar de ser considerado um município de pequeno porte tanto em termos populacionais quanto por suas dimensões geográficas, existe um fator que lhe é desfavorável: o acesso às suas áreas rurais. Entrave este, que impossibilita a

execução de uma adequada política pública de estado, em relação a saúde. Não existem, apesar de já estarmos no século XXI, vias pavimentadas sejam por asfalto, paralelepípedos ou “bloquetes” que permitam a adequada locomoção das pessoas, limitando assim a qualidade dos serviços ofertados. Em suma, entenda-se locomoção tanto da área urbana para rural e vice versa, da rural para urbana. Mesmo sabendo que a densidade demográfica nesta área é baixa já passou da hora de quebrar o paradigma: “... de que para roça qualquer coisa tá bom”.

As tabelas abaixo 5, 6 e 7 apresentam respectivamente, Consolidado de pessoas cadastradas, Doenças referidas e a Série histórica das informações de saúde a partir de levantamento dos anos de 2003 a 2010.

Como é do conhecimento de todos, houve um crescimento populacional no Brasil como um todo ao longo dos últimos anos. Na tabela 5, veremos a progressão do nº de pessoas cadastradas e, por conseguinte, na sua grande maioria, a serem assistidas pela ESF em Resplendor.

TABELA 5 CONSOLIDADO DAS PESSOAS CADASTRADAS NO SIAB, NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR, NO PERÍODO DE 2003 A 2010

Ano	Número total de pessoas
2003	5589
2004	4261
2005	13848
2006	14768
2007	15029
2008	15445
2009	15283
2010	15359

Fonte: SIAB – Resplendor

Comentários: o primeiro dado a ser extraído desta tabela é o crescimento do nº de pessoas cadastradas. Podemos seguramente atribuir que este fato está diretamente proporcional ao também aumento do nº de equipes atuantes no município que por sua vez, também implicará como veremos a seguir, num aumento dos casos de

HAS. Apenas para relembrar, em 2003 era apenas uma equipe e, progressivamente de 2005 até os dias atuais quatro. Em termos de cobertura populacional, atualmente está em torno de 75%.

Nesta tabela estarão expressos os casos aonde a HAS é referida com doença. É importante mencionar, que advém também pela progressão do trabalho das equipes, uma maior conscientização das pessoas; sobretudo, as de pouco acesso as informações sobre as doenças de maneira geral.

TABELA 6 DOENÇA REFERIDA COMO HAS, NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR, NO PERÍODO DE 2003 A 2010 A PARTIR DO CADASTRO DO SIAB

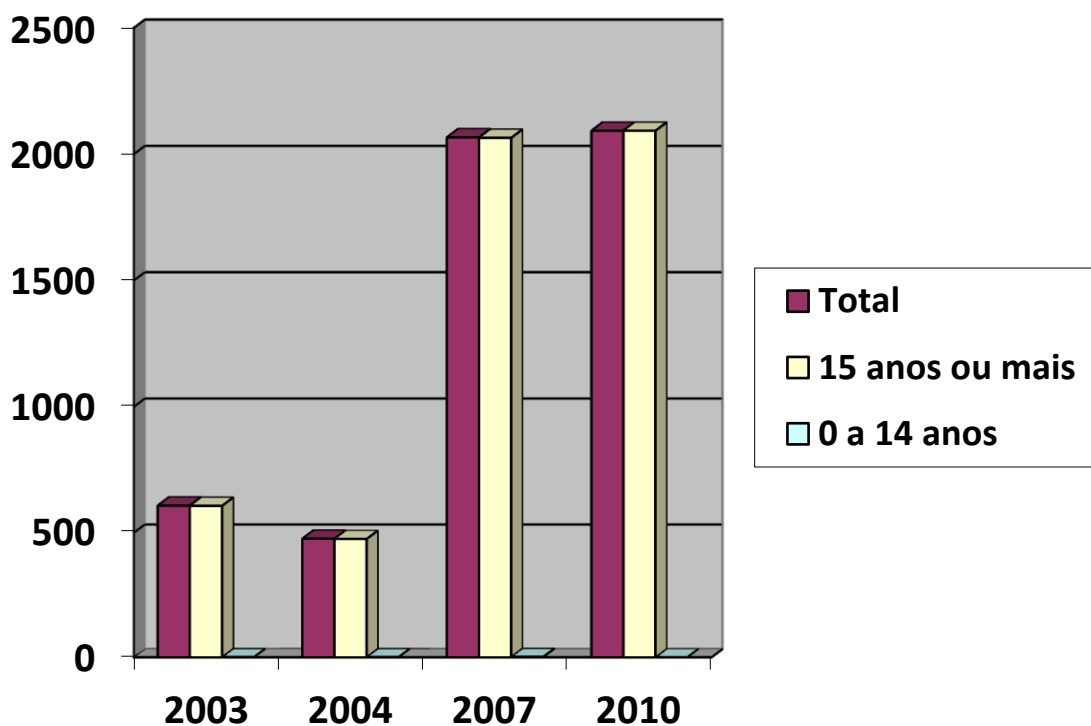
Faixa Etária	Ano							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0 a 14 anos	1 (0,06%)	1 (0,08%)	1 (0,03%)	1 (0,03%)	2 (0,15%)	2 (0,15%)	2 (0,15%)	0 (0%)
15 anos ou mais	608 (15,46%)	475 (15,80%)	1890 (18,29%)	2030 (18,17%)	2065 (36,62%)	2131 (37,32%)	2107 (36,86%)	2093 (36,18%)
Total	609 (10,90%)	476 (11,17%)	1891 (13,66%)	2031 (13,75%)	2067 (28,19%)	2133 (37,47%)	2109 (37,01%)	2093 (28,23%)

Fonte: SIAB – Resplendor

Esta tabela em conjunto com a seguinte é o ponto de destaque do trabalho. Notem que na faixa etária de 0 a 14 anos não há alterações estatísticas significativas. No outro segmento etário é aonde se faz a diferença.

Com o intuito de promover uma maior percepção a esta assertiva, a seguir o gráfico

3. GRÁFICO 3 VARIAÇÃO DE DOENÇA REFERIDA COMO HAS NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR, NOS ANOS DE 2003, 2004, 2007 E 2010



Nos períodos iniciais houve um decréscimo estatístico dos casos de HAS. Podemos inferir a esta ocorrência a escassez de dados para “alimentar” o SIAB bem como o desconhecimento das pessoas sobre HAS.

TABELA 7 SÉRIE HISTÓRICA DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE SOBRE HAS, NO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR, NO PERÍODO DE 2003 A 2010

	Ano							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hipertensos cadastrados	290	434	1502	2004	2015	2113	2006	1588
Hipertensos acompanhados	222	362	1341	1784	1536	1645	1585	996
Pessoas de 20 anos e mais	3392	2595	9068	9821	10143	10477	10528	10647
% Hipertensos acompanhados	76,55	83,41	89,28	89,02	76,16	79,33	77,54	61,92

Vemos na tabela 7, o aumento mais considerável ocorreu de 2003 a 2005 depois se manteve estável, reflexo da manutenção e expansão do programa no município, mesmo com a alternância democrática no comando do governo local. Outro dado interessante é a partir dos anos de 2008 a 2010. A diminuição presente explica-se pelo fato da alta rotatividade entre os profissionais médicos e enfermeiros. Além disso, por meses consecutivos havia equipes incompletas refletindo nos números acima expostos.

6 PROPOSTAS PARA ENFRENTAMENTO DA HAS EM RESPLENDOR

Na atual política de ação a SES-MG tem como uma das metas, o enfrentamento dos casos de HAS. Desta forma, existe uma harmonia entre o presente trabalho e a SES-MG. Assim, nas colocações a seguir, haverá de forma sintética, citações tendo como base a linha-guia elaborada pela câmara técnica da SES-MG para HAS, sobretudo pelo fato deste ser um documento exeqüível de acordo com a realidade dos municípios mineiros.

Serão feitas subdivisões para melhor entendimento para uma melhor exemplificar

6.1. População-alvo

Os portadores de hipertensão a serem controlados pelo Programa de Atenção à Hipertensão Arterial correspondem a todos a aqueles detectáveis com níveis pressóricos elevados, em consulta médica ou de enfermagem por quaisquer outros motivos.

6.2. Abordagem dos fatores de risco

A promoção da saúde e a prevenção de complicações baseadas na abordagem dos fatores de risco modificáveis são fundamentais. Exemplificando: sedentarismo, tabagismo, excesso de sal na dieta, uso abusivo de bebidas alcoólicas, controle da obesidade e estresse. Todavia, em caráter complementar, os fatores não modificáveis também merecem atenção dos profissionais que estarão manuseando o caso. Assim, hereditariedade, raça e idade são lembradas.

6.3. Condução dos casos

Os objetivos dos serviços de saúde é o estabelecimento do vínculo do indivíduo portador de HAS e seu grupo familiar com Unidade de Saúde(US) e a partir deste, aprimorar o diagnóstico, assegurar tratamento medicamentoso, encaminhamento aos serviços de maior complexidade quando necessário.

Quanto a meta de redução da pressão arterial seria a níveis inferiores a 140/90 MMHG tendo como principal estratégia a adoção de práticas educativas acerca da doença. Pois quanto mais bem informado estiver o paciente melhor e mais rápido será o êxito no seu controle. Na prática foi feita a adoção da Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) aonde os níveis tensionais são aferidos pelo próprio paciente ou mesmo por indivíduo habilitado para este fim em seu habitat natural. Em contrapartida a esta, temos também a Medida Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA), esta realizada em ambiente técnico.

No quadro 1, encontram-se as recomendações para seguimento dos casos, bem como os prazos máximos para reavaliação*.

QUADRO 1 PRESSÃO ARTERIAL

PRESSÃO ARTERIAL INICIAL (MMHG)**		SEGUIMENTO
SISTÓLICA	DIASTÓLICA	
< 130	< 85	Reavaliar em um ano Estimular mudanças no estilo de vida
130 - 139	85 - 89	Reavaliar em 6 meses*** Insistir em mudanças no estilo de vida
140 - 159	90 - 99	Confirmar em 2 meses*** Considerar MAPA/MRPA
160 - 179	100 - 109	Confirmar em 1 mês*** Considerar MAPA/MRPA
≥ a 180	≥ a 110	Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana***

* Modificar o esquema de seguimento de acordo com a condição clínica do paciente.

** Se as pressões sistólicas ou diastólicas forem de estágios diferentes, o seguimento recomendado deve ser definido pelo maior nível pressórico.

*** Considerar intervenção de acordo com a condição clínica do paciente (fatores de risco maiores, co-morbidades e danos em órgãos-alvo).

Este quadro é importante, pois permite estabelecer parâmetros para diagnóstico de novos casos e acompanhamento destes bem como dos casos mais antigos tomando-se como base os valores para pressão sistólica e diastólica.

A seguir, na mesma linha-guia teremos a Classificação da Pressão Arterial para indivíduos maiores de 18 anos, conforme demonstração abaixo (quadro 2) e para crianças e adolescentes (modificado de uma sugestão do *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*) no (quadro 3):

QUADRO 2 CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (18 ANOS)

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (PS)(MMHG)	PRESSÃO DIASTÓLICA(PD)(MMHG)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1 (Leve)	140 – 159	90 – 99
Estágio 2 (Moderada)	160 – 179	100 - 109
Estágio 3 (Grave)	≥ a 180	≥ a 110
Sistólica Isolada	≥ a 140	< 90

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio.

QUADRO 3 CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL TOMANDO COMO BASE O PERCENTIL E DE ACORDO COM ESTE A FREQUENCIA DE AFERIÇÃO

Classificação	Percentil* para PS e PD	Freqüência de medida da pressão arterial
Normal	PA < percentil 90	Reavaliar na próxima consulta médica agendada
Limítrofe	PA entre percentis 90 a 95 ou se PA exceder 120/80 mmHg sempre < percentil 90 até < percentil 95	Reavaliar em 6 meses
Hipertensão estágio 1	Percentil 95 a 99 mais 5 mmHg	Paciente assintomático: reavaliar em 1 ou 2 semanas: se hipertensão confirmada encaminhar para avaliação diagnóstica. Paciente sintomático: encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão estágio 2	PA > percentil 99 mais 5 mmHg	Encaminhar para avaliação diagnóstica
Hipertensão do avental branco	PA > percentil 95 em ambulatório ou consultório e PA normal em ambientes não relacionados à prática clínica	

*Para idade, sexo e percentil de estatura.

Consideram-se os valores abaixo do percentil 90 como normotensos, se forem inferiores a 120/80 mmHg, entre os percentis 90 e 95, como limítrofe ou pré-

hipertensão e igual ou superior ao percentil 95, como HAS, ressaltando que qualquer valor igual ou superior a 120/80mmHg em adolescentes, mesmo que inferior ao percentil 95, deve ser considerado limítrofe.

6.4 Estratificação do Risco Cardiovascular (RCV) da HAS

São definidos quatro níveis de risco, em caráter crescente de gravidade, de baixo a muito alto mostrando que independentes do estágio aonde se encontram podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na dependência de co-morbidades ou fatores de risco associados. A estratificação do RCV é importante pelo fato de mostrar a probabilidade da ocorrência de um evento cardiovascular grave nos próximos 10 anos.

A seguir, acompanhe o quadro 4.

QUADRO 4 RISCO ESTRATIFICADO E QUANTIFICAÇÃO DE PROGNÓSTICO – PRESSÃO ARTERIAL(mmHg)

Fatores de risco ou Doenças associadas	Grau 1 Hipertensão leve PS 140 - 159 ou PD 90 - 99	Grau 2 Hipertensão moderada PS 160 - 179 ou PD 100 - 109	Grau 3 Hipertensão grave PS \geq 180 ou PD \geq 110
I.Sem outros fatores de risco(FR)	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto
II.1 a 2 fatores de risco	Risco Médio	Risco Médio	Risco Muito Alto
III.3 ou mais FR ou lesões nos órgãos alvo	Risco Alto	Risco Alto	Risco Muito Alto
IV.CCA*	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto

*CCA: condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal.

6.5. Classificação do risco individual

A seguir temos mais uma classificação, sendo que neste caso em função de risco e de lesão em órgãos-alvo (quadro 5).

QUADRO 5 CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

Risco A	Sem fatores de risco e sem lesão em órgãos-alvo
Risco B	Presença de fatores de risco (não incluindo <i>Diabetes mellitus</i>) e sem lesão em órgãos-alvo
Risco C	Presença de lesão em órgão-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou <i>Diabetes mellitus</i>

Neste último quadro são divididos em três níveis de risco individual do menor para o maior grau tomando-se como referência co- morbididades, por exemplo, *Diabetes mellitus* e lesões em órgãos alvo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados permite-nos afirmar que houve um aumento da detecção dos casos de HAS no município de Resplendor a partir da implantação e continuidade da ESF podendo ser atribuído as próprias ações das ESFs. Apesar de buscar ativamente em várias fontes de consulta não obtive êxito quanto a determinação do número de casos de óbitos na população nestes períodos. Outra questão a ser analisada seria a inexistência de dados acerca da incidência, este sim seria um indicador ideal para mensurar se as equipes de ESF estão ou não conseguindo cumprir os objetivos quanto ao controle da HAS.

Apesar do grande domínio sobre o conhecimento em relação a HAS esta parece nos mostrar o eterno aprendizado, que é a vida e a medicina. Afinal, medicina é vida! Uma vida pautada no desenvolvimento científico para melhorar a vida do ser humano

Penso também que o grande entrave neste processo seria o da baixa adesão das pessoas que residem na área de abrangência da ESF e bem como as envolvidas nas diversas fases do processo. Entre outros exemplos, poderíamos citar o da baixa compreensão da realidade do problema (lembrando que este fato é mais comum nas classes sociais menos favorecidas sob o ponto de vista econômico), resistência a mudança do estilo de vida imposta pela condição da doença, custo elevado de alguns medicamentos não fornecidos pela rede, credences que os levam a acreditar mais em curandeiros que nos próprios profissionais.

Quais seriam as estratégias para melhorar estas situações?

Proposições: aos profissionais mais dedicações, abnegação de interesses pessoais em detrimento do coletivo (conflito de interesses), utilização de uma linguagem mais adequada e de fácil compreensão por parte dos nossos pacientes e familiares, pensar que precisamos tratar o paciente e não a doença. Aos gestores, terem a sensibilidade de fomentar em seus comandados a importância das atividades de educação e saúde, fornecimento de medicamentos essenciais para controle, facilitar o acesso dos usuários, inclusive disponibilizando exames de média e alta

complexidade. Mas, lembrando sempre que se houver uma atenção básica eficaz (muito menos onerosa), não será necessário o custo de tais exames.

REFERÊNCIAS

BRASIL.Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.Caderno de Atenção Básica. Hipertensão arterial. Série A, Normas e Manuais Técnicos, 2006, 15: 10.

ANDREOLI, Thomas E. *et al.* Cecil – Medicina Interna Básica. In: **Doenças vasculares e hipertensão**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

Revista Brasileira de Medicina (RBM), 1999. Vol 66. nº 10. p 318).

Site: www.saude.gov.br

SIAB, município de Resplendor(MG)

Linha-guia da SES-MG para Hipertensão e Diabetes

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA/ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA: Hipertensão Arterial: situações especiais. In: Projeto diretrizes, 2002

.Site: www.resplendor.mg.gov.br.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Arq. Bras. Cardiol. vol.82 suppl.4 São Paulo Mar. 2004

Site: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(IBGE), 2009

Site: Programa Nacional da Nações Unidas(PNUD), 2000