

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

FERNANDA ARÊAS ALVES FERREIRA

**PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO  
CARDIOVASCULAR NO MUNICÍPIO DE SARZEDO - MINAS  
GERAIS**

SARZEDO – MG

2014

FERNANDA ARÊAS ALVES FERREIRA

**PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO  
CARDIOVASCULAR NO MUNICÍPIO DE SARZEDO - MINAS  
GERAIS**

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

**Orientadora:** Ana Cláudia Porfirio Couto

SARZEDO – MG

2014

FERNANDA ARÊAS ALVES FERREIRA

**PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO  
CARDIOVASCULAR NO MUNICÍPIO DE SARZEDO - MINAS  
GERAIS**

Banca Examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Ana Cláudia Porfirio Couto

Prof<sup>a</sup>. Daniela Coelho Zazá

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

O trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário, na área de abrangência do Programa Saúde da família Feliciano José Henriques: o acompanhamento deficiente aos portadores de hipertensão arterial sistêmica. Para elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento desses pacientes, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. As causas do problema, selecionadas como nós críticos, foram: a falta de programação eficiente das atividades; a não utilização de protocolos; e a falta de estratificação do risco cardiovascular. As três operações propostas para o enfrentamento dos nós críticos foram: elaborar agenda programada e implantar um sistema de estratificação do risco cardiovascular baseado na implantação de um prontuário clínico padronizado. Além disso, foram feitas uma análise de viabilidade das operações e uma proposta de acompanhamento e avaliação do plano de ação. A elaboração deste plano de ação possibilitou à ESF Feliciano José Henriques perceber a importância de se utilizar um método de planejamento como ferramenta para organização do processo de trabalho, até então feita de forma intuitiva e automática. Com isto, espera-se um acompanhamento mais efetivo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica.

**Palavras-chaves:** plano de ação, programa saúde da família, hipertensão arterial.

## **ABSTRACT**

The study aimed to develop an action plan for dealing with a problem, considered a priority in the area covered by the Family Health Program Feliciano José Henriques: Poor monitoring to patients with hypertension. To develop the proposed intervention for the monitoring of patients with hypertension, was executed three steps: situational diagnosis, literature review and preparation of action plan. The causes of the problem, we selected as critics, were lack of effective programming of activities, the non-use of protocols and lack of cardiovascular risk stratification. The three operations proposals for addressing the critical nodes were: scheduled draft agenda, develop and implement a programmed schedule system cardiovascular risk stratification based on the implementation of a standardized clinical chart. In addition, an analysis of the feasibility of proposed actions and a monitoring and evaluation plan of action. The development of this plan enabled the ESF Feliciano José Henriques' realize the importance of using a planning method as a tool for organization of the work so far done intuitively and automatically. Thus, we expect a more effective monitoring of patients with hypertension.

**Key-Words:** action plan, family health program, hypertension

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**CEABSF** – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**ECG** – Eletrocardiograma

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**PES** \_ Planejamento Estratégico Situacional

**PSF** – Programa Saúde da Família

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**RCV** – Risco cardiovascular

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SIAB** – Sistema de informação da atenção básica

**DM** – Diabetes Mellitus

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>14</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde Brasileiro é construído e organizado tendo como base princípios determinados pela Constituição Brasileira, os quais regem ou devem reger todas as ações realizadas pelos diversos pontos de atenção do sistema para manter, recuperar ou promover a saúde da população. São eles: a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular. Podemos dizer que estes princípios conformam um modelo para a organização do Sistema Único de Saúde – SUS.

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporâneos consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, através de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – na maioria das vezes momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde a atenção é centrada na família e estruturado em uma unidade de saúde, e a população adstrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (CECCON; STURMER, 2010).

A Unidade básica de saúde Feliciano José Henriques tem atualmente cerca de 4563 habitantes, e desses, aproximadamente 471 são hipertensos e 102 diabéticos.



Esses dados apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de cuidados para tais pacientes a fim de prevenir e controlar agravos à saúde relacionados ao risco cardiovascular, tais como prontuários clínicos.

A população da área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS) Feliciano José Henriques está localizada próxima ao centro da cidade de Sarzedo e em 2013 a população coberta pela UBS foi de 4563 pessoas, divididas em 11 microáreas e atendidas por uma equipe de saúde da família. O Conselho de saúde da comunidade se reúne uma vez por mês na unidade para discutir propostas de ações, mas sem muita organização e apoio da população. A UBS é utilizada pela grande maioria dos moradores adstritos, que apesar de não conhecer como é o real funcionamento do sistema elogia o trabalho da equipe.

Apresentam hábitos deficientes na parte de uma boa dieta, a maioria se encontra acima do peso, uma boa parte hipertensa e um bom número de diabéticos. Informações colhidas durante o acolhimento mostram que a população recebe informação sobre dieta e hábitos de vida saudáveis, mas não os aplica a sua vida corretamente.

A renda varia entre 1 e 5 salários mínimos. Muitos usam a cidade como dormitório e existe uma parte de menores de idade já trabalhando na região. Varias famílias dividem o mesmo terreno como moradia e em alguns casos a mesma casa.

A maioria dos habitantes da área (1619 pessoas) está na faixa etária de 20 a 39 anos evidenciando uma transição entre população jovem para adulta. A população de hipertensos é de 471 pessoas (10% do todo) demonstrando ser este o maior agravo da área

Através de coletas de informação feitas pela produção dos profissionais o município alimenta o Sistema de informação da atenção básica (SIAB), nele obtêm-se informação sobre faixa etária da população, doenças referidas, condição referida separada por sexo, número de famílias cadastradas, pessoa coberta por plano de saúde, número de alfabetizados, tipo de casa, tipo de abastecimento e tratamento de água, destino do lixo, fezes e urina e abastecimento de energia.

A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico-

enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

Com o intuito de organizar a assistência aos portadores de hipertensão arterial pretende-se elaborar um plano de ação que deverá ser executado pela ESF Feliciano José Henriques através da implantação de prontuários clínicos padronizados a fim de prevenir e controlar agravos à saúde relacionados ao risco cardiovascular.

## 2. JUSTIFICATIVA

No Brasil, em 2009, 30% dos óbitos (320.074 mortes), e em 2010, 10% das internações (1,1 milhões) foram relacionados a doenças cardiovasculares. Isso mostra que as doenças do aparelho circulatório têm um importante impacto sobre a mortalidade da população brasileira. Várias doenças e fatores estão relacionados ao risco cardiovascular aumentado tais como: diabetes, hipertensão, obesidade, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, doenças cardiovasculares, história familiar e outros.

O município de Sarzedo, UBS Feliciano José Henriques, tem atualmente cerca de 4563 famílias cobertas, e desses, aproximadamente 471 (10%) são hipertensos. Esses dados apontam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de cuidados para tais pacientes a fim de prevenir e controlar agravos à saúde relacionados ao risco cardiovascular, tais como prontuários clínicos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de ação para minimizar os problemas relacionados ao acompanhamento deficiente aos portadores de HAS da Atenção Básica do município de Sarzedo.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Identificar fatores de risco a partir da investigação de comorbidades, eventos relevantes da história pregressa e familiar, hábitos de vida e dados de exames complementares relacionados ao risco cardiovascular aumentado;
- ✓ Classificar o risco cardiovascular;
- ✓ Definir estratégias de intervenção e de acompanhamento das condições associadas ao risco.

#### 4. METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS, inscritos na ESF Feliciano José Henriques, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Primeiramente, foi realizado o diagnóstico situacional, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010) no período de março a junho de 2013, com a colaboração dos ACS.

O diagnóstico situacional foi baseado no método da estimativa rápida. Este método constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: coletar somente os dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais e envolver a população na realização da estimativa rápida. Os dados levantados por meio deste método são coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e; na observação ativa da área (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Em relação aos registros existentes, as fontes de coletas de dados foram: registros do SIAB, fichas SSA2, B e D; PMA2, consolidados da Vigilância Epidemiológica e prontuários.

Na segunda etapa, foi realizada revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicos da biblioteca virtual SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), sendo considerados os seguintes critérios:

- estudos científicos (teses, monografias, artigos);

- palavra chave – hipertensão arterial, programa saúde da família, planejamento em saúde, risco cardiovascular

Além disso, foram realizados estudos dos manuais e diretrizes brasileiras mais recentes sobre manejo de risco cardiovascular, hipertensão arterial, Diabetes mellitus e dislipidemia. Esses estudos serviram como referência para a discussão do trabalho realizado.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

É considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle (MOLINA *et al.*, 2003).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte (WILLIAMS, 2010).

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Existem vários fatores de risco para HAS. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (CESARINO *et al.*, 2008).

Em relação ao gênero e etnia, a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca (LESSA, 2001).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens (BRANDÃO *et al.*, 2004). Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (WHO,1997).

Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (PESCATELLO *et al.*, 2004).

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (CONEN *et al.*, 2009).

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), para a tomada da decisão terapêutica é necessária a estratificação do risco cardiovascular global (quadro 1) que levará em conta, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais (quadro 2), de lesões em órgãos-alvo (quadro 3) e de doenças cardiovasculares (quadro 4) (VASAN *et al.*, 2001).

**Quadro 1 - Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C)**

Normotensão			Hipertensão			
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120–129 ou PAD 80–84	Limítrofe PAS 130–139 ou PAD 85–89	Estágio 1 PAS 140–159 PAD 90–99	Estágio 2 PAS 160–179 PAD 100–109	Estágio 3 PAS ≥ 180 PAD ≥ 110
Nenhum	Risco	Risco	Risco	Baixo risco	Moderado	Alto risco



fator de risco	basal	basal	basal	adicional	risco adicional	adicional
1–2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA ou SM – DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão

**Quadro 2 - Fatores de risco cardiovascular adicionais nos pacientes com HAS**

<p>Idade (homem &gt; 55 e mulheres &gt; 65 anos)</p> <p>Tabagismo</p> <p>Dislipidemias: triglicérides <math>\geq</math> 150 mg/dL;</p> <p>LDL colesterol &gt; 100 mg/dL; HDL &lt; 40 mg/dL</p> <p>Diabetes melito</p> <p>História familiar prematura de doença cardiovascular:</p> <p>homens &lt; 55 anos e mulheres &lt; 65 anos</p>
---

Fonte: VI Diretrizes brasileiras de hipertensão

**Quadro 3 - Identificação de lesões subclínicas de órgãos-alvo**

<p>ECG com HVE (Sokolow-Lyon &gt; 35 mm;</p> <p>Cornell &gt; 28 mm para homens (H); &gt; 20 mm para mulheres (M)</p> <p>ECO com HVE</p> <p>Espessura médio-intimal de carótida &gt; 0,9 mm ou presença de placa de ateroma</p> <p>Índice tornozelo braquial &lt; 0,9</p> <p>Depuração de creatinina estimada &lt; 60</p>
--

ml/min/1,72 m<sup>2</sup>

Baixo ritmo de filtração glomerular ou *clearance* de creatinina (< 60 ml/min)

Microalbuminúria 30 – 300 mg/ 24h ou relação albumina/creatinina > 30 mg por g

Fonte: VI Diretrizes brasileiras de hipertensão

#### **Quadro 4 - Condições clínicas associadas à Hipertensão arterial sistêmica**

Doença cerebrovascular (AVE, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva)

Doença cardíaca (infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca)

Doença renal: nefropatia diabética, déficit importante de função (*clearance* < 60 ml/min)

Retinopatia avançada: hemorragias ou exsudatos, papiledema

Doença arterial periférica

Fonte: VI Diretrizes brasileiras de hipertensão

A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional. Esses modelos assistenciais sugerem que, além da organização da atuação integrada da equipe multiprofissional, a eleição da família como núcleo de assistência e a sua ligação direta com a unidade assistencial contam para a melhoria dos resultados (ARAUJO; GUIMARÃES, 2007).

Ao longo dos dois últimos séculos, a revolução tecnológica e industrial, com consequências econômicas e sociais, resultaram em uma mudança drástica do perfil

de morbimortalidade da população com grande predomínio das doenças e mortes devido às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006).

A doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes; o número estimado de portadores de Diabetes e de Hipertensão é de 23.000.000; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise (BRASIL, 2006).

É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) exige (BRASIL, 2006).

Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal global (BRASIL, 2006).

A intensidade das intervenções preventivas deve ser determinada pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo e não pelo valor de um determinado fator. Em termos práticos, costuma-se classificar os indivíduos em três níveis de risco - baixo, moderado e alto - para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores. Os eventos tradicionalmente computados incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. A Estratificação de Risco baseia-se na classificação inicial levando-se em conta o exame clínico e avança para a indicação de exames complementares quando o exame clínico apontar que o grau de risco sugere risco moderado a alto (BRASIL, 2006).

## 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Após discussão com todos os profissionais da UBS Feliciano José Henriques foi levantada uma lista de problemas em ordem de prioridade que evidenciou a necessidade em abordar os pacientes hipertensos de forma diferenciada, através da estratificação do risco cardiovascular.

Percebemos que existe uma subnotificação de casos de HAS e de DM, conforme mostra o quadro 5.

Quadro 5 – Levantamento de dados da UBS

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fontes</b>
Hipertensos Esperados	484	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	471	SIAB
Hipertensos Hiperdia 2012	81	Registro da equipe
Diabéticos Esperados	152	Estudos epidemiológicos
Diabéticos cadastrados	102	SIAB
Diabéticos Hiperdia 2012	26	Registro da equipe
obesos	34	Registro da equipe

A gênese do problema, ou seja, os nós críticos identificados são:

1. Falta de padronização dos programas: cada médico que entra na unidade quer fazer o Hiperdia da sua maneira, dessa forma não existe continuidade do Programa;
2. Ausência de estratificação de risco dos pacientes cadastrados no programa para assim se definir uma melhor conduta e acompanhamento;
3. Falta de compreensão dos pacientes que só querem participar mediante barganha, ou seja, apenas comparecem se tiver lanche, brindes e etc.

A partir dessa lista de nós críticos levantados, foi montada uma tabela com o desenho das operações possíveis de serem realizadas na UBS (quadro 6)

**Quadro 6 - Desenho das operações**

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultado esperado	Produto Esperado	Recursos necessários
Usuários só participam de grupos operativos mediante barganha.	Projeto Menos prêmios e mais saúde	Desvincular o comparecimento da troca oferecida	Campanha educativa sobre a importância da prevenção	<p><b>Organizacional</b> - designar ACS para orientar usuários</p> <p><b>Cognitivo</b> - capacitar ACS sobre importância de prevenção</p> <p><b>Político</b> - liberação de ACS para capacitação</p> <p><b>Financeiro</b> - confecção de folhetos educativos.</p>
Falta de padronização do programa HIPERDIA.	Criar um modelo de prontuário padronizado	Facilitar o atendimento no programa HIPERDIA	Organizar o Hiperdia de acordo com classificação de risco cardiovascular	<p><b>Organizacional</b> – Orientar a equipe em relação ao fluxo adequado do usuário durante o Hiperdia; criar um modelo de prontuário que facilite a estratificação do RCV</p> <p><b>Cognitivo</b> - informação sobre a importância da prevenção e da estratificação do RCV</p> <p><b>Político</b> - mobilização junto ao conselho de saúde e entidades de classe; contato com o setor de impressão para criação dos prontuários padronizados</p> <p><b>Financeiro</b> - Folhetos educativos e impressão dos prontuários</p>
Ausência de estratificação de risco dos pacientes cadastrados no Programa	Utilizar protocolos de estratificação do risco cardiovascular	Estratificar o risco cardiovascular dos pacientes cadastrados no Programa	Organizar o Hiperdia de acordo com classificação de risco cardiovascular	<p><b>Organizacional</b> – Criar um modelo de prontuário que facilite a estratificação do RCV</p> <p><b>Cognitivo</b> - informação sobre a importância da prevenção e da estratificação do RCV</p> <p><b>Político</b> - Contato com o setor de impressão para criação dos prontuários padronizados</p> <p><b>Financeiro</b> - Impressão dos prontuários</p>

A partir dos desenhos das operações foi montada uma nova tabela com os planos operativos viáveis a serem realizados na UBS (quadro 7)

**Quadro 7 - Plano operativo do projeto de intervenção**

Operação	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Menos prêmios e Mais Saúde	Desvincular o comparecimento da troca oferecida	Campanha educativa sobre a importância da prevenção	Apresentar o projeto	Enfermeiro e médico	Três meses de elaboração e um mês para apresentação do projeto
Falta de padronização do programa HIPERDIA	Criar um modelo de prontuário padronizado	Organizar o Hiperdia de acordo com classificação de risco cardiovascular	Apresentar o projeto	Enfermeiro e Médico	Três meses de elaboração e um mês para apresentação do projeto
Utilizar protocolos de estratificação do risco cardiovascular	Estratificar o risco cardiovascular dos pacientes cadastrados no Programa	Organizar o Hiperdia de acordo com classificação de risco cardiovascular	Apresentar o projeto	Enfermeiro e Médico	Três meses de elaboração e um mês para apresentação do projeto

Este trabalho consiste em realizar uma sistematização do atendimento aos hipertensos das áreas de abrangência da UBS Feliciano José Henriques, município de Sarzedo-MG, através de um prontuário clínico. Para tal foram realizados estudos dos manuais e diretrizes brasileiras mais recentes sobre manejo de risco cardiovascular, hipertensão arterial, Diabetes mellitus e dislipidemia.

O Prontuário Clínico para Manejo do Risco Cardiovascular foi criado a partir da análise da VI Diretriz Brasileira de Hipertensão e do Projeto Diretrizes – Sobrepeso e obesidade- e pode ser aplicado aos pacientes durante as consultas de demanda espontânea, e/ou durante as consultas específicas do grupo de Risco cardiovascular (período da tarde).

Ao identificar pacientes que apresentam algum fator de risco cardiovascular durante a anamnese de uma consulta de rotina, o médico deve iniciar o acompanhamento clínico do paciente por meio do uso do Protocolo Clínico de Manejo do Risco

Cardiovascular, assim como durante os grupos de Hipertensos (Hiperdia), uniformizando assim os atendimentos.

Todo paciente selecionado deve ter um novo prontuário apenas para o manejo do risco, material o qual se intitula: SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE SARZEDO/MG PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR. Esse material será impresso pela Secretaria de Saúde do Município de Sarzedo e estará disponível em todas as UBS da cidade. (anexo 1)

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários da ESF Feliciano José Henriques, principalmente através da reorganização do processo de trabalho. Possibilitou que a equipe refletisse como estava lidando com as demandas e como as atividades estavam sendo realizadas de forma intuitiva e automática. A importância da estratégia saúde da família foi ressaltada e surgiu o questionamento se a equipe realmente estava cumprindo sua função.

Ao elaborar o plano de ação para acompanhamento deficiente aos portadores de HAS, a equipe percebeu a importância de se fazer um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são passíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do prontuário clínico padronizado para elaboração da proposta de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 3: p 368-374, 2007.

BRANDÃO, A.A.; *et al.* Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. **J Hypertens**, v. 22, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (**Cadernos de Atenção Básica; 14**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>. Acesso em 11 de janeiro de 2014.

CAMPOS, F.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte:Ed UFMG, 2010

CECCON, R.F.; STURMER, G. Presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma amostra de indivíduos hipertensos no município de Cruz Alta, RS. **Lecturas Educación Física y Deportes (Buenos Aires)**, v. 150, n. 15: p 1-15, 2013.

CESARINO, C.B.; *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**, v. 91, n. 1: p 31-35

CONEN, D.; *et al.* Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. **Eur Heart J**, v. 30, n. 1: p 1378-1384, 2009

LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev Bras de Hipertensao**, n. 8: p 383-392, 2001

MOLINA, B.; *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal na população urbana. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 6: p 743-750, 2003.

OLIVEIRA, C.M.; *et al.* Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: **Baependi Heart Study BMC Medical Genetics**, v. 32: p 32, 2008

PESCATELLO, L.S.; *et al.* American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Med Sci Sports Exerc**, v. 36: p 533-553, 2004

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 89, n. 3, 2007

TOLEDO, M. N.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto Enfermagem**, v 16, n. 2: p 233-238, 2007.

VASAN, R.S.; *et al.* Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. **N Engl J Med**, v. 345, n. 18: p 1291-1297, 2001

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on diet, physical activity and health. **Fifty-seventh, World Health Assembly**. WHA 57, 1997.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC**, v. 55, n. 1: p 66-73, 2010

## ANEXO 1

## Modelo do Prontuário Clínico Padronizado

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE SARZEDO/MG PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR				
<b>Identificação:</b>				
Nome: _____		DN: ____/____/____		
Profissão: _____		Endereço: _____		Idade: _____ Sexo: _____
Cor: <input type="checkbox"/> leucodérmico <input type="checkbox"/> feodérmico <input type="checkbox"/> melanodérmico Data de entrada no protocolo: ____/____/____				
AVALIAÇÃO CLÍNICA –INDICADORES DE RISCO				
Intermediários:		SIM	NÃO	NSA
1) Idade: _____	♀ > 55 anos			
	♂ > 45 anos			
2) HF de complicações CV em familiar de 1º grau (<55anos homem e <65 anos mulher): Qual? _____				
3) Distúrbio do metabolismo de glicose* prévio ou atual:Qual? _____ *DM, DMG, intolerância à glicose, glicemia de jejum alterada				
4) Dislipidemia:Qual? _____				
5) Tabagismo atual ou recente				
6) Alcoolismo atual ou recente				
7) Sedentarismo				
8) Doença renal crônica				
9) Síndrome do ovário policístico				
10) Doença hipertensiva específica da gravidez (pré-eclâmpsia):				
11) Obesidade	IMC > 30 Kg/m <sup>2</sup>			
	Circunferência Abdominal:	♀ > 88 cm		
		♂ > 102cm		
	Razão cintura/quadril	♀ > 0,85		
♂ > 0,95				
12) Hipertensão: <input type="checkbox"/> Ótima (<120 x < 80 mmHg) <input type="checkbox"/> Normal (<130 x < 85 mmHg) <input type="checkbox"/> Limitrofe (130-139 x 85-89 mmHg) <input type="checkbox"/> Estágio I (140-159 x 90-99mmHg) <input type="checkbox"/> Estágio II (160-179 x 100-109mmHg) <input type="checkbox"/> Estágio III (>180 x 110mmHg)				
13) Sopro carotídeo				
14) Pulsos periféricos diminuídos				
<b>Alto risco:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>





**SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE SARZEDO/MG  
PRONTUÁRIO CLÍNICO: MANEJO DO RISCO CARDIOVASCULAR**

Colesterol total										
LDL										
HDL										
VLDL										
Triglicérides										
Creatinina										
Exame de urina rotina										

ECG	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-----	---

**Hipertensão**

Ácido úrico										
Potássio										
RFG										

**Diabetes**

Hb A1c										
Microalbuminúria										
Creatinina urinária										
Albumina/creatinina										

**Outros exames:**


Observações:

---

---

---

---

---