

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

FERNANDO ANTÔNIO VIEIRA LEITE

**ACOMPANHAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NO PSF JOSÉ SILAS COELHO, EM OURO
BRANCO, MG**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2014

FERNANDO ANTÔNIO VIEIRA LEITE

**ACOMPANHAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NO PSF JOSÉ SILAS COELHO, EM OURO
BRANCO, MG**

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: Prof^a Dr^a Carla Jorge Machado

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2014

FERNANDO ANTÔNIO VIEIRA LEITE

**ACOMPANHAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
CARDIOVASCULAR DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NO PSF JOSÉ SILAS COELHO, EM OURO
BRANCO, MG**

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: Prof^a Dr^a Carla Jorge Machado

Banca examinadora

Prof^a Dr^a Carla Jorge Machado – Orientadora

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte, 17 de março de 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a equipe do Programa de Saúde da Família José Silas Coelho pelo apoio na realização deste trabalho e por todos os momentos de ajuda mútua e trabalho em equipe que tornaram essa experiência de trabalho agradável e construtiva.

“Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração.”

Nelson Mandela

RESUMO

A doença cardiovascular representa hoje um dos principais problemas de saúde pública no país. É a principal causa de morte e tende a aumentar a sua prevalência devido ao envelhecimento da população. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença muito prevalente e, dos fatores de risco modificáveis para DCV, um dos de mais fácil controle. O Programa de Saúde da Família é ferramenta essencial para prevenir tanto esta doença como os fatores de risco e atuar nesse sentido deve ser considerado prioridade. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Silas Coelho situada em Ouro Branco, Minas Gerais, são atendidas 3.842 pessoas, sendo 1.071 famílias cadastradas. Notamos nesta UBS um acompanhamento inadequado dos pacientes que apresentam fatores de risco para doença cardiovascular (DCV), destacando-se os hipertensos. A abordagem tem sido feita de forma independente sobre cada fator de risco sem considerar o risco cardiovascular global. Desse modo, o objetivo principal deste trabalho foi o de elaborar um plano de intervenção com vistas à melhoria do acompanhamento dos pacientes hipertensos e diminuição do risco desta população desenvolver DCV. Fundamentou-se também em pesquisa bibliográfica narrativa com os descritores: hipertensão e risco cardiovascular. Para alcançar essa meta propusemos fazer a classificação de risco cardiovascular global dos pacientes hipertensos, melhorar a qualidade dos prontuários dos pacientes e fazer busca ativa dos pacientes que não estejam comparecendo as consultas médicas para acompanhamento.

Palavras-chave: Hipertensão. Programa de Saúde da Família. Risco cardiovascular.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is now a major public health problem in the country. It is the leading cause of death and tends to increase its prevalence due to the aging population. Hypertension is a very prevalent disease. It is a modifiable risk factor for CVD easier to control. The Family Health Program is an essential tool to prevent both the disease as risk factors and act accordingly should be considered priority. The Basic Health Unit (BHU) José Silas Coelho located in Ouro Branco, Minas Gerais, serves 3,842 people, with 1,071 registered families. We noted an inadequate monitoring of patients who have risk for cardiovascular disease (CVD) in this UBS, especially hypertensive. The approach has been made independently for each risk factor without considering the overall cardiovascular risk. Thus, the main objective of this work was to develop an intervention plan with views will improve the monitoring of hypertensive patients and decreased CVD risk in this population. Was also based on a literature-narrative with the following keywords: hypertension and cardiovascular risk. To achieve this goal we propose to sort of global cardiovascular risk of hypertensive patients, improve the quality of patients' records and make an active search for patients who are not attending medical follow-up.

Keywords: Hypertension. Family Health Program. Cardiovascular risk.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAP	Doença Arterial Periférica
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes melito
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Folha de rosto para homens

Figura 2. Folha de rosto para mulheres

Figura 3. Cartão de retorno

Tabela 1 Classificação de risco global, segundo Escore de Risco de Framingham

Tabela 2. Intervenções recomendadas em prevenção cardiovascular de acordo com a classificação de risco global

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
	1.1. Análise situacional	13
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
4	METODOLOGIA	17
5	REFERENCIAL TEÓRICO	18
6	PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam grave problema de saúde devido à prevalência e à morbimortalidade associadas a elas. Considerando-se que as doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população mundial e brasileira e o fato de que muitos de seus fatores de risco são preveníveis, justifica-se uma maior atenção aos indivíduos sob risco de apresentá-las.

Na área de atuação da nossa Equipe de Saúde da Família, situada em Ouro Branco, como no resto do país, a situação não é diferente, sendo necessário atuar sobre as DCV.

Ouro Branco é um município situado a 100 Km da capital, Belo Horizonte, tem uma população de 35.268 habitantes pelos dados da Secretaria Municipal de Saúde / SIAB de abril de 2013, sendo que grande parte provem de outras cidades. Foi a última cidade planejada, em meados dos anos 70, como base urbana de apoio à instalação de uma usina siderúrgica de grande porte, a Açominas. A cidade planejada desenvolve-se contígua ao núcleo original de Ouro Branco, situado na antiga Estrada Real que ligava o Rio de Janeiro a Ouro Preto. Segundo Costa e Costa (1997, p. 67), os bairros foram projetados segundo a renda da população, o que na prática efetivamente significou uma segregação por categoria funcional já que tratava-se, de fato, de um único empregador. A cidade tem um alto IDH (0,801), um dos maiores do estado, e uma renda per capita de R\$ 72.331. A distribuição da renda é muito desigual, sendo facilmente notada pelas condições de vida da população da periferia da cidade.

A Unidade Básica de Saúde José Silas Coelho situa-se na Rua Ipê, nº 50, bairro Belvedere. Nela atua uma equipe de saúde da família constituída por dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes de saúde da família (ACS). A unidade é responsável por atender a população dos bairros Belvedere, Bela Vista, Amália Rodrigues, Vale do Engenho e Fazenda Pacheco. São 1.071 famílias cadastradas e com um número total de 3.842 pessoas, a maioria na faixa entre 20 e 39 anos. Das doenças referidas, a hipertensão artéria sistêmica (HAS) é a doença mais prevalente, acometendo 11,67% (337 pessoas) da população. Apesar do imóvel da Unidade de Saúde ter sido construído para esse fim, a estrutura não é

adequada para receber uma Equipe de Saúde da Família (ESF). Está passando por um processo de expansão com o prazo para o término das obras em março de 2014. Até o fim das obras, as consultas estão sendo feitas em uma casa alugada pela prefeitura.

Na comunidade predominam imigrantes de outras cidades da região e de outros estados do Brasil, principalmente da região Norte do país e do estado da Bahia. Eles são atraídos pela oferta de emprego nas várias empresas que atuam na cidade. A Gerda, antiga Açominas, e as empresas que oferecem serviços terceirizados a ela são as que oferecem maior número de vagas de emprego. A maior parte das famílias desses bairros é de baixa renda e 10,62% contam com cobertura por planos de saúde. Problemas relacionados a violência, criminalidade e uso de drogas são comuns na comunidade atingido principalmente os mais jovens.

Observando a rotina da ESF notamos que o acompanhamento dos pacientes que apresentam fatores de risco para DCV tem sido deficitário. O principal problema identificado foi que estamos atuando sobre esses fatores de risco de forma independente, em muitos casos, sem considerar o risco cardiovascular global definido pela associação dos diferentes fatores de risco. Considerando os pacientes hipertensos, também notamos que a adesão ao tratamento tem sido muito baixa. Muito pode ser feito pela nossa ESF visando a prevenção das DCV, mas no momento consideramos prioridade melhorar o acompanhamento dos pacientes que já apresentam fatores de risco conhecidos pela equipe. Os pacientes hipertensos serão o alvo do nosso projeto, pois é um dos fatores de risco mais prevalentes e de mais fácil intervenção. O objetivo é classificá-los de acordo com o risco cardiovascular global usando o Escore de Risco de Framingham e intervir de acordo com esse risco. Melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento também é essencial nesse processo. A identificação dos pacientes faltosos e a busca ativa serão as ferramentas que utilizaremos para esse fim.

1.1 Análise situacional

Em reunião com a ESF da Unidade José Silas Coelho, foram identificados vários problemas que interferem na qualidade do atendimento e no bom acompanhamento dos pacientes da comunidade adscrita. Dentre os problemas

considerados, constatamos que, na maioria deles, a ESF tem pouca capacidade de resolubilidade. Problemas como falta de material, estrutura física inadequada para as atividades, e equipe incompleta são de competência da Secretaria de Saúde. Uma das ACS observou que no último ano ocorreram vários casos de AVC na comunidade. Definimos, então, que esse seria o problema no qual a equipe deveria atuar e concordamos que melhorando o acompanhamento dos pacientes que apresentam maior risco de apresentar DCV poderíamos reduzir a prevalência dessas doenças na comunidade.

Definimos os pacientes hipertensos como a população alvo da intervenção, por esse ser o fator de risco mais prevalente e considerado de maior importância para aumentar o risco cardiovascular. Notamos que esses pacientes não estavam passando por uma classificação de risco cardiovascular para guiar a estratégia terapêutica. A partir daí, tentamos classificá-los com os dados contidos no prontuário do paciente. Para estratificação de risco foi usado o escore de Framingham. Definimos que os dados referentes ao colesterol total, HDL colesterol e pressão arterial deveriam ser recentes, com data inferior a um ano para obter uma estratificação de risco mais atual. Informações referentes a tabagismo, diabetes melito e presença de lesão de órgão alvo seriam consideradas havendo diagnóstico ou referência anotados no prontuário.

Foram analisados 115 prontuários dos pacientes de um total de 337 pacientes hipertensos cadastrados na UBS. Dos 115 prontuários em apenas 17 (14,78%) havia dados suficientes para fazer a classificação de risco de acordo com o escore de Framingham, 31 pacientes (27,0%) são portadores de Diabetes Mellitus e 24 pacientes (20,9%) possuem lesão de órgão alvo. Dos pacientes que apresentavam dados suficientes para utilização do escore de Framingham, 11 (64,7%) foram classificados no grupo de alto risco, 3 (17,6%) no grupo de risco moderado e 3 (17,6%) no grupo de baixo risco.

A partir dessa avaliação, consideramos que os problemas que mais impactaram no acompanhamento dos pacientes hipertensos foram:

- Tratamento da HAS sem considerar o risco cardiovascular dos pacientes;
- Falta de informação nos prontuários o que impossibilitou a estratificação da maioria dos pacientes;
- Muitos pacientes não comparecerem à consulta para acompanhamento da HAS;

- Muitos pacientes consultarem para renovar a receita médica e não retornavam para reavaliação ou com os exames solicitados.

Considerando esses problemas como passíveis de intervenção pela ESF, elaboramos o plano de ação tentando corrigi-los.

2 JUSTIFICATIVA

Em nosso país, as DCV tem sido a principal causa de morte. Vários fatores podem atuar aumentando o risco de um indivíduo desenvolvê-las. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Ela é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para DCV. Portanto, é essencial que os pacientes hipertensos sejam bem acompanhados na atenção primária.

No entanto, outros fatores de risco também devem ser levados em conta por também estarem relacionados a um maior risco cardiovascular. O estudo de Framingham definiu alguns desses fatores e criou uma pontuação que permite estratificar os pacientes de acordo com o risco cardiovascular. Essa classificação é fundamental para definir a estratégia terapêutica a ser adotada.

Na Unidade Básica de Saúde José Silas Coelho, em Ouro Branco, como no resto do país, temos uma alta prevalência de pacientes com HAS. Notamos que nenhum deles passou por uma estratificação de risco cardiovascular para avaliar o risco de desenvolver DCV e basear a estratégia de tratamento. A partir disso, podemos inferir que o acompanhamento dos hipertensos não é adequado e que, submeter essa população a uma estratificação de risco cardiovascular, poderá contribuir para diminuir a prevalência das DCV nessa comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção com vistas à melhoria do acompanhamento dos pacientes hipertensos e diminuição do risco desta população desenvolver DCV.

3.2 Objetivos específicos

- Submeter a população hipertensa da comunidade adscrita à estratificação de risco cardiovascular utilizando o Escore de Framingham.
- Fazer acompanhamento regular e busca ativa dos pacientes;
- Basear a estratégia terapêutica de cada paciente considerando a classificação de risco cardiovascular.
- Acompanhar o risco cardiovascular definido para cada paciente, avaliando se a estratégia terapêutica adotada está sendo eficaz.
- Anotar no prontuário paciente todos os dados necessário para realizar a classificação de risco segundo o Escore de Framingham.
- Definir, durante as consultas, qual é o prazo para retorno ou reavaliação e fazer busca ativa dos pacientes que não comparecerem nas datas estipuladas pelo médico.

4 METODOLOGIA

Este plano de intervenção foi elaborado com base nos pressupostos da metodologia de Planejamento Estratégico Situacional (PES) que é um método é composto por quatro momentos. Por meio do momento explicativo, busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Assim, para início do plano de intervenção necessitou-se conhecer a disponibilidade de horários na agenda dos médicos. Reservaram-se as manhãs de quarta-feira para a avaliação inicial e acompanhamentos dos pacientes hipertensos. Foi criada uma folha de rosto onde serão anotados os dados necessários para utilizar o Escore de Risco de Framingham. A classificação de risco será anotada na consulta inicial e em todas as consultas de reavaliação para possibilitar a acompanhar a evolução do risco cardiovascular ao longo do tempo e avaliar a qualidade da terapêutica instituída.

Os médicos, ao final das consultas, deverão definir em quanto tempo o paciente deverá ser reavaliado. O prazo de retorno será anotado em um cartão específico (figura 3), exclusivo para cada paciente. Esses cartões serão utilizados para organizar um sistema para identificação dos pacientes faltosos. Os pacientes que não comparecerem para reavaliação no prazo determinado pelo médico serão convocados a comparecer a unidade básica de saúde (UBS) para agendar nova consulta.

Os materiais necessários para a aplicação do plano serão os impressos da folha de rosto e dos cartões de retorno, uma caixa de arquivo, onde os cartões serão organizados de acordo com o prazo para retorno, além dos materiais já disponíveis na UBS. Esses materiais serão solicitados a Secretaria de Saúde.

Fez-se, também, para fundamentar o plano de intervenção, pesquisa bibliográfica narrativa com os descritores: Hipertensão e Risco cardiovascular.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A DCV representa a principal causa de mortes hoje no Brasil. As três principais manifestações clínicas da DCV são a doença arterial coronariana (DAC), o AVC e a doença arterial periférica (DAP). Estudos clínicos mostraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

De acordo com o Goldman; Schafer (2012, p. 506), os riscos de doenças cardíacas e AVC aumentam continuamente com níveis de pressão arterial acima de 115x75 mmHg. Separar, portanto, uma pressão “normal” de e uma “alta” é incorreto. O que existe é uma valor de pressão arterial acima do qual os estudos mostraram que os benefícios do tratamento farmacológico superam os riscos. Atualmente, o valor considerado é 140x90 mmHg ou mais alta. Mas, mais importante do que diagnosticar uma patologia isolada como HAS, Diabetes Melito (DM) ou dislipidemia, é fazer uma avaliação do risco cardiovascular global de cada paciente de acordo com os fatores de risco.

“A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). As estratégias terapêuticas devem ser organizadas especificamente para cada perfil de risco para aumentar os benefício e diminuir os riscos.

Sabe-se que as doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 14, do Ministério da Saúde, essas doenças corresponderam a 32% dos óbitos em 2002 e número estimado de portadores de HAS e DM é de cerca de 23 milhões (BRASIL, 2006).

Dados de inquéritos populacionais no Brasil descritos na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) mostram uma prevalência da HAS no país acima de 30%, sendo um pouco maior em homens. E a prevalência aumenta em faixas etárias mais elevadas. Ainda de acordo

com esse documento estudos clínicos revelaram um índice baixo de controle da PA – 19,4%.

Quanto à avaliação inicial da Hipertensão e Classificação de Risco, Goldman; Schafer (2012, p. 509) descreve como objetivos iniciais para a avaliação do paciente hipertenso:

- “Estadar a pressão arterial;
- Avaliar o risco cardiovascular geral do paciente;
- Detectar indícios de hipertensão secundária”.

No paciente hipertenso, as variáveis clássicas associadas ao risco cardiovascular são: idade, tabagismo, dislipidemia, DM e história familiar prematura de doença cardiovascular. Além desses fatores de risco clássicos, outros tem sido identificados e sugeridos como marcadores de risco em diferentes diretrizes. Na sua maioria ou em combinação, elas são incorporadas a diferentes escores preditivos globais, como o Escore de Risco de Framingham (D’AGOSTINHO; VARSAN; PENCINA, 2008).

Em se tratando de medidas intervencionistas, o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2006) descreve várias medidas intervencionistas com eficácia comprovada para proteção vascular e renal e destaca como principais:

- Adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis;
- Cessação do tabagismo;
- Prática de atividade física regular;
- Controle da pressão arterial;
- Manejo das dislipidemias;
- Controle do diabetes;
- Uso profilático de alguns fármacos.

Essas devem ser abordadas de forma integral e a intensidade da intervenção de deve-se basear na estratificação de risco global. Indivíduos com um risco cardiovascular global alto (exemplo, um risco de desenvolver DCV > 20% em 10 anos) requerem uma abordagem mais agressiva para modificação dos fatores de risco. A meta de tratamento da dislipidemia, diabetes e hipertensão deve estar ligada ao risco cardiovascular global (D’AGOSTINHO; VARSAN; PENCINA, 2008, p. 750, tradução nossa).

De acordo com a pontuação, o paciente é classificado como de alto, moderado ou baixo risco de apresentar DCV nos próximos 10 anos, conforme apresentado a seguir:

Tabela 1. Classificação de risco global, segundo Escore de Risco de Framingham

CATEGORIA	RISCO DE EVENTO CARDIOVASCULAR
BAIXO	<10% EM 10 ANOS
MODERADO	10 A 20% EM 10 ANOS
ALTO	>20% EM 10 ANOS

Fonte: D'Agostinho; Varsan; Pencina (2008)

Os dados da tabela 2 orientam com deve ocorrer a intervenção de acordo com o grupo de risco e baseada na estratificação de risco global

Tabela 2. Intervenções recomendadas em prevenção cardiovascular de acordo com a classificação de risco global

INTENSIDADE	TIPO DE INTERVENÇÃO
RISCO BAIXO	<p>Aconselhamento quanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fumo • Alimentação Saudável • Controle do Peso • Atividade Física • Orientar medidas não farmacológicas e diuréticos de baixa dose para hipertensão estágio 1, quando presente • Vacinar adultos com mais de 60 anos contra influenza
RISCO MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificar conselhos de estilo de vida e alimentação saudável • Dieta com características cardioprotetoras • Considerar farmacoterapia contra tabagismo • Considerar programa estruturado de atividade física • Aspirina em dose baixa

RISCO ALTO	<ul style="list-style-type: none">• Intensificar alvos de controle da hipertensão• Usar estatinas• Prescrever beta-bloqueadores para pacientes pós-IAM ou angina• Prescrever IECA para pacientes diabéticos e com DRC
-------------------	--

Fonte: Ministério da Saúde (2006)

6 PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO

Problema Priorizado:

Acompanhamento inadequado dos pacientes que apresentam fatores de risco para DVC.

Nó crítico 1:

O fato de os profissionais de saúde não considerarem o risco cardiovascular no acompanhamento dos pacientes hipertensos e falta de informações necessárias para avaliação do risco cardiovascular nos prontuários dos pacientes hipertensos.

- Proposta: fazer uma folha de rosto que será anexada no prontuário dos pacientes hipertensos. Nela serão anotados todos os dados necessários para estratificar o risco cardiovascular utilizando o Escore de Framingham. Isso possibilitará acompanhar o risco cardiovascular de cada paciente ao longo do tempo. As estratégias terapêuticas irão se basear e poderão ser avaliadas de acordo com o resultado dessa classificação. Será reservado uma manhã na agenda para consultas apenas dos pacientes hipertensos.
- Objetivos:
 - Produto esperado: Com essa proposta espera-se facilitar a avaliação e o acompanhamento dos pacientes hipertensos e, de acordo com o resultado dessa avaliação, basear as estratégias terapêuticas para cada paciente.
 - Resultado esperado: Melhora do acompanhamento e do tratamento dos pacientes hipertensos. A partir disso, acreditamos que poderemos reduzir a morbimortalidade na comunidade por DCV.
 - Responsabilidades:
 - A enfermeira ficará responsável em convocar os pacientes hipertensos cadastrados na UBS;
 - As ACS deverão comunicar aos pacientes convocados pela enfermeira a necessidade do comparecimento a consulta, e definir em qual data ela poderá ser realizada de acordo com a disponibilidade do paciente.
 - O médico será responsável por: preencher a folha de rosto; solicitar os exames necessários; fazer a estratificação de risco;

definir a terapêutica de acordo com o risco cardiovascular de cada paciente de forma individualizada.

- Recursos necessários: consultas agendadas com o médico de saúde da família; folha de rosto com os dados necessários para fazer classificação de risco; exames laboratoriais; esfigmomanômetro; estetoscópio.
- Recursos críticos: exames laboratoriais; medicamentos; consultas especializadas com cardiologista, nefrologista, endocrinologista, nutricionistas e psicólogos.
- Viabilidade: o projeto, da forma que foi planejado, não exigirá recursos além dos já disponíveis na UBS. Os exames laboratoriais já são feitos, a maioria dos medicamentos são fornecidos pelo SUS ou encontrados nas farmácias populares. O que será essencial para o sucesso da proposta é a motivação do médico de saúde da família em anotar todos os dados e avaliar o risco cardiovascular de todos os pacientes. Para melhor controle, a enfermeira da unidade ficará responsável de verificar se os prontuários estão sendo bem preenchidos.
- Responsáveis:
 - A enfermeira da unidade ficará encarregada de anexar em todos os prontuários dos pacientes hipertensos a folha de rosto que irá conter as informações e a classificação de risco dos pacientes;
 - A secretária da unidade e as ACS deverão convocar os pacientes a comparecerem a UBS e será agendada consulta com o médico de saúde da família;
 - Todos os próximos passos serão de responsabilidade do médico de saúde da família:
 - Avaliação clínica inicial e solicitação de exames se necessário;
 - Realizar a estratificação de risco cardiovascular de cada paciente;
 - Elaborar uma estratégia terapêutica individualizada baseada na classificação de risco obtida no Escore de Framingham;

- Avaliar a necessidade de outros exames complementares ou encaminhamento para outros profissionais ou especialistas;
 - Definir quando o paciente deverá retornar para reavaliação.
- Cronograma:
 - A partir de Fevereiro de 2014, todas as manhãs de quarta feira serão reservadas para agendamento de consultas para acompanhamento dos pacientes hipertensos;
 - Inicialmente os pacientes serão convocados a comparecerem a UBS nesse dia para realizar a classificação de risco;
 - Quando todos os pacientes hipertensos forem classificados, esse horário será reservado para reavaliações de acordo com os prazos estipulados pelo médico da unidade.
 - Avaliação:
 - A avaliação da efetividade da intervenção será a longo prazo. A estratificação de risco do paciente será realizada em todos os retornos e reavaliações de rotina;
 - A efetividade da intervenção dever ser avaliada de acordo com o número de pacientes que tiveram o risco cardiovascular reduzido com o acompanhamento e a estratégia terapêutica adotada.

Nó crítico 2:

Não comparecimentos dos pacientes hipertensos para avaliação de rotina e pacientes que não retornam para reavaliações ou não realizam os exames solicitados.

- Projeto:
 - Cada paciente hipertenso terá um cartão que ficará na UBS. Ele deverá conter a data da última consulta e o prazo estipulado pelo médico da unidade para retorno ou reavaliação.
- Objetivo:

- Produto esperado: esperamos criar um sistema que permita identificar os pacientes faltosos as avaliações de rotina e aqueles não retornaram com os exames solicitados.
- Resultado esperado: com esse sistema funcionando, poderemos fazer uma busca ativa dos pacientes que forem considerados faltosos. Esse foi um dos principais fatores identificados que prejudicam o acompanhamento dos pacientes hipertensos na nossa UBS. Esperamos que esse sistema nos ajude a melhorar o acompanhamento dos pacientes e, conseqüentemente, diminuir a prevalência das DCV na população atendida pela nossa ESF.
- Responsabilidades:
 - O médico deverá definir qual será o prazo para retorno ou reavaliação.
 - A enfermeira da unidade ficará responsável por coordenar o sistema de retorno e reavaliações.
 - As ACS deverão comunicar aos pacientes convocados a necessidade do agendamento da consulta.
 - A secretária da unidade deverá agendar a consulta.
- Recursos necessários: caixa de cartões de arquivo; cartões; ACS; enfermeira; secretária; médico.
- Recursos críticos: sistema organizado que permita a identificação dos pacientes faltosos.
- Viabilidade: além do arquivo de cartões e os cartões, que serão os únicos materiais necessários, será de grande importância o comprometimento do médico e da enfermeira para que o sistema funcione. O médico deverá alimentar o sistema preenchendo os cartões e definido o prazo para nova consulta. E a enfermeira deve se comprometer em coordenar o sistema e identificar os pacientes.
- Responsáveis:
 - O médico deverá definir qual será o prazo para retorno ou reavaliação de forma individualizada e anotar no cartão de retorno, alimentando o sistema de retorno e reavaliações.
 - A enfermeira da unidade ficará responsável por coordenar o sistema de retorno e reavaliações. Ela deverá identificar no

sistema quais pacientes necessitarão de nova consulta de acordo com os prazos definidos pelo médico e se responsabilizar em convocar os pacientes que ainda não consultaram para agendamento da consulta.

- As ACS deverão comunicar aos pacientes convocados a necessidade do agendamento da consulta e conferir se os exames solicitados foram realizados.
 - A secretária da unidade deverá agendar a consulta de acordo com a disponibilidade de horários e possibilidade de comparecimento do paciente.
- Cronograma:
- A partir de Fevereiro de 2014, os pacientes hipertensos começaram a serem convocados a consulta para estratificação do risco cardiovascular. Nessa primeira consulta o médico já deve determinar o prazo de retorno e anotar no cartão, começando a alimentar os sistema de retorno e reavaliações. No cartão também deve ser anotado se foram solicitados exames complementares.
 - A enfermeira deve alocar os cartões de acordo com o mês de retorno definido pelo médico.
 - A cada mês a enfermeira deve avaliar quantos pacientes necessitarão de consulta e convoca-los para nova consulta através das ACS. Ela deve informar os ACS para quais pacientes foram solicitados exames complementares.
 - Os ACS irão comunicar aos pacientes a necessidade da nova consulta e deverão verificar se os pacientes realizaram os exames que tenham sido solicitados pelo médico.
 - Os ACS deverão cobrar dos pacientes os exames que ainda não tenham sido realizados e comunicar a enfermeira.
 - A secretária realizará o agendamento da consulta de acordo com a disponibilidade de horários na agenda e possibilidade de comparecimento do paciente a UBS.

- Se o paciente não procurar a UBS para agendar a consulta os ACS deverão fazer uma visita domiciliar para tentar identificar o motivo porque a consulta não foi agendada.
- Avaliação:
 - A enfermeira ficará responsável de coordenar o sistema de retorno e reavaliações. Ela deverá apresentar a cada mês, para toda a equipe, quantos pacientes deveriam consultar naquele mês e quantos consultaram. Dos pacientes que não consultaram, informar a equipe qual foi o motivo do não comparecimento identificado pelos ACS. Caso haja algum impedimento para o retorno a equipe pode discutir uma solução para resolver o problema.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Sob o ponto de vista preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial de benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva” (BRASIL, 2006). O conceito de risco cardiovascular global indicada esforços para prevenir a DCV ou novos eventos cardiovasculares pela soma dos riscos determinada por múltiplos fatores risco e não de maneira independente para cada fator de risco.

A HAS é considerada como um dos principais fatores de risco para DCV. Apesar da alta prevalência dessa doença, o índice de controle é baixo. Adotar medidas que visem melhorar o acompanhamento e a adesão dos pacientes ao tratamento se torna essencial. É importante observar que a atenção básica que apresenta as melhores condições para o acompanhamento e tratamento de doenças com a HAS, pois possui uma conformação que permite abordagens multissetoriais e integrais que essas doenças exigem.

No PSF José Silas Coelho, observamos um baixo controle da HAS e pouco enfoque no risco cardiovascular global dos pacientes hipertensos. Nosso projeto de intervenção pretende modificar esse cenário, visando a prevenção das doenças que causam o maior impacto na mortalidade brasileira nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº14: Prevenção Clínica da Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília: Editora MS, 2006. 58 p

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

COSTA, H. S. M.; COSTA, G. M. Ouro Branco/Açominas: Um último capítulo da história da produção do espaço para a indústria?. In: Encontro Nacional da ANPUR, 6., 1997, Recife. **Revista Geonomos**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 65-72, 1998.

GOLDMAN L.;SCHAFER, A.I. Goldman's Cecil Medicine - **Tratado de medicina interna**. 24^{ta}ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf>. Acesso em: 8 jan 2014.

D'AGOSTINO R. B.; VASAN R. S.; PENCINA M. J. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care - The Framingham Heart Study. **Circulation**, Dallas, v. 117, p. 743-753, 2008.