

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THIAGO PEREIRA ANDRADE**

**ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO, ACOMPANHAMENTO E  
BUSCA DE PORTADORES DA SÍNDROME METABÓLICA**

**MONTES CLAROS / MINAS GERAIS  
2015**

**THIAGO PEREIRA ANDRADE**

**ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO, ACOMPANHAMENTO E  
BUSCA DE PORTADORES DA SÍNDROME METABÓLICA**

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

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

**MONTES CLAROS / MINAS GERAIS  
2015**

**THIAGO PEREIRA ANDRADE**

**ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO, ACOMPANHAMENTO E  
BUSCA DE PORTADORES DA SÍNDROME METABÓLICA**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano – UFSJ

Examinador 2 – Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 04 de janeiro de 2016.

**Dedico este trabalho:**

A todos os meus colegas profissionais e amigos da Unidade de Saúde Botelho, os quais fizeram da minha experiência de trabalho na atenção primária ser empolgante todos os dias deste ano.

Aos pacientes da comunidade, os quais me proporcionaram grande conhecimento com a singularidade de cada caso atendido, com as trocas de experiências extremamente válidas, as histórias de vida, a cultura e, principalmente, pelo respeito e valorização do trabalho desenvolvido por nossa equipe.

## **AGRADEÇO**

Aos profissionais de saúde da Unidade Botelho que auxiliaram na construção deste projeto.

À enfermeira Isabela e à secretária Maria da Conceição, por organizarem o processo de trabalho e ajudarem na condução dos grupos.

Aos agentes comunitários de saúde Márcio, Elisângela, Marcos, Eliete, Daniel, Flávia e Lorena, por serem presentes e proativos na condução/manejo dos pacientes de alto risco.

À equipe da odontologia pelo apoio na condução de alguns casos e pelo compartilhamento de conhecimentos.

À secretaria de saúde pelo apoio e suporte na construção de alguns pontos deste trabalho, sempre fornecendo os instrumentos que necessitássemos e os quais estivessem ao alcance deles.

Aos amigos e colegas do Curso Especialização Estratégia Saúde da Família pelo apoio, suporte no caso de dúvidas, discussão de temas e aprendizado conjunto construído ao longo deste ano.

Aos professores do curso e, também, a orientadora Profa. Dra. Márcia pelo conhecimento e suporte fornecidos.

"É muito mais importante saber que tipo de paciente tem a doença do que o tipo de doença que a pessoa tem."

Sir William Osler

## RESUMO

Introdução: Define-se hipertensão arterial como um estado clínico de origem multifatorial, caracterizado pela manutenção de níveis elevados e persistentes de tensão arterial os quais se associam a lesões em órgãos alvo como em coração, rins, vasos, cérebro, olhos e também a alterações metabólicas elevando o risco cardiovascular. Estima-se que 30% da população adulta brasileira apresentem hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares ainda são as principais causas de morte no Brasil. A hipertensão e seus fatores de risco ou agravantes como dislipidemia, tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo, entre outros podem ser amplamente manejáveis na atenção primária. A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionado à deposição central de gordura e à resistência à insulina. Indivíduos com síndrome metabólica possuem alto risco para doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus tipo 2 e se estima que o risco geral de doença cardiovascular entre os portadores sejam 1,5-3 vezes maior. O problema abordado no presente trabalho centra-se falta de manejo/cuidado do paciente hipertenso com vários fatores de risco e em descontrole, além da ausência de mecanismos na Estratégia Saúde da Família para identificação de portadores de síndrome metabólica. Objetivo: Propor um plano de intervenção para melhorar a estratificação de risco, o acompanhamento e a identificação de síndrome metabólica em pacientes hipertensos. Método: Realizou-se o Planejamento Estratégico Situacional e revisão de literatura. Utilizou-se como base de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e PubMed. Os principais resultados esperados com o plano de intervenção relacionam-se com o melhor acompanhamento dos usuários hipertensos, visando maior possibilidade de educação em saúde na direção da promoção da qualidade de vida.

**Descritores:** Hipertensão. Síndrome X Metabólica. Grupos de Risco

## ABSTRACT

**Introduction:** Hypertension is a clinical state of multifactorial origin, characterized by the maintenance of high and persistent levels of blood pressure, which are associated with lesions in target organs as the heart, kidneys, vessels, brain, eyes, and change to raising the metabolic cardiovascular risk. In our country, approximately 30% of the Brazilian adult population has high blood pressure. In addition, cardiovascular diseases are still the leading causes of death in Brazil. High blood pressure and its risk or aggravating factors such as dyslipidemia, smoking, diabetes, physical inactivity, among others can be broadly manageable in primary care. Metabolic syndrome (MS) is a complex disorder represented by a set of cardiovascular risk factors usually related to central fat deposition and insulin resistance. Individuals with metabolic syndrome are at high risk for cardiovascular disease and type 2 diabetes. Moreover, some studies reveal that the overall risk of cardiovascular disease among patients can be 1.5-3 times higher. The problem addressed in this paper focuses lack of management / care of hypertensive patients with multiple risk factors, lack of control, and the absence of mechanisms in the Family Health Strategy for identification of patients with metabolic syndrome. **General objective:** To propose an action plan to improve risk stratification, monitoring and identification of metabolic syndrome in hypertensive patients. **Methods:** We carried out the Situational Strategic Planning and literature review. It was used as database Scientific Electronic Library Online (SciELO) and PubMed. The main results expected from the action plan relate to the better monitoring of hypertensive patients, aiming at greater possibility of health education towards the promotion of quality of life.

**Descriptors:** Hypertension. Metabolic Syndrome X. Risk groups.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão arterial
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
DM	Diabetes Mellitus

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Brasília de Minas está localizado no norte de Minas Gerais, a 105 km de Montes Claros, cidade referência para a região. A população estimada para o município em 2015 foi de 32524 habitantes. Apresenta área territorial de 1.398,563 km<sup>2</sup> e possui como cidades vizinhas: Japonvar, Luislândia, Patis, São Francisco, Campo azul, Mirabela, São João do Pacuí e Coração de Jesus (IBGE, 2014).

É um município que tem sua renda ligada à agricultura, criação de gado de corte e comércio. A comunidade é, em sua grande maioria, católica e com fortes raízes culturais e religiosas, ocorrendo frequentemente eventos deste cunho na cidade. Os principais atrativos turísticos são a Cachoeira do Riachão, a Barragem de São Lourenço e a Praça da Igreja Matriz de Sant'Ana.

O município implantou várias equipes de saúde da família urbanas e rurais, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), serviços de atenção secundária, serviços de referência e apoio para a atenção primária como o HiperDia e o VivaVida. Além disto, conta com dois hospitais para o atendimento da população. O mais novo é o Hospital Senhora Sant'Ana (HNSS), suporte para a população em praticamente todos os serviços: urgências, atendimento da gestante, internações, UTI adulto e infantil. Apesar do HNSS ser referência importante em saúde para as outras cidades vizinhas, casos mais complexos são remanejados para hospitais de Montes Claros.

O Programa de Saúde da Família (PSF) Botelho atende uma população de 2954 pessoas distribuídas em uma grande extensão territorial. Abrange os bairros Botelho, São João, Nova Brasília, Chacreamento e parte da região central da cidade. A população tem uma forte relação com a Unidade de Saúde, sendo bastante presente às consultas médicas, grupos operativos desenvolvidos, ações de campanhas, vacinações, dentre outros serviços.

O PSF oferece os serviços comuns da atenção básica: consultas de demanda espontânea, agendadas, puericultura, saúde da mulher, saúde do idoso, HiperDia, vacinações, procedimentos, visitas domiciliares, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos contra o tabagismo. Possui apoio do NASF e referência para HiperDia/VivaVida de casos mais complexos.

O número de hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade são 497 e 175, respectivamente. Há grande heterogeneidade social dentro da comunidade, desde famílias de classe média/alta até famílias muito carentes, com casa sem o saneamento básico adequado e de difícil acesso, além de ruas não pavimentadas.

Para a equipe de saúde da família, os problemas mais importantes encontrados atualmente na comunidade são: elevada frequência de usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) mal controlados, gravidez na adolescência, grande número de consultas de demanda espontânea, falta de medicação na farmácia municipal, lixo jogado em lotes vagos, falta de saneamento básico em algumas casas, tabagismo, alcoolismo e violência interpessoal/intrafamiliar.

Em consenso com a equipe de saúde, o problema escolhido para a abordagem deste trabalho foi a falta de manejo/cuidado do paciente hipertenso com vários fatores de risco e em descontrole, além da ausência de mecanismos na unidade para identificação de portadores de síndrome metabólica.

## 2 JUSTIFICATIVA

No PSF Botelho, a análise realizada do número de diabéticos e hipertensos pelos agentes comunitários de saúde identificou, entre as microáreas, percentual de 5,9% diabéticos e 16,8% de hipertensos, prevalência considerável da população.

Percebe-se, na unidade, durante as consultas de demanda espontânea por variados motivos, que muitos destes pacientes hipertensos ou portadores de outras patologias crônicas de risco (DM, dislipidemia, doença renal crônica, etc.) estão em descontrole. Muitos estão com os níveis pressóricos elevados, possuem marcadores de avaliação de controle glicêmico ruim, são dislipidêmicos utilizadores de estatinas/fibratos de longa data sem melhora laboratorial, ou seja, com seguimento insatisfatório de suas condições crônicas.

Além desta avaliação, nota-se que a consciência coletiva local para a busca da melhoria do grau de saúde não foi muito trabalhada. Os pacientes consideram o seu status basal de descontrole como normal. Muitos dos pacientes percebem seus níveis elevados de pressão arterial como uma condição própria não modificável e se acomodaram com tal fato.

É necessário que criemos em nossos pacientes um “empoderamento”, para que os mesmos se sintam capazes e estimulados em cuidar da sua própria saúde.

Ações desenvolvidas na atenção primária podem ser muito efetivas para a manutenção de um bom nível de saúde. Formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação, atendimento de intercorrências e acompanhamento por equipe multidisciplinar mostraram-se extremamente úteis no controle de hipertensos e diabéticos (SILVA *et al.*, 2006).

Em função do aumento do risco cardiovascular associado ao descontrole da hipertensão e do diabetes justifica-se a necessidade de se implantar um plano de reorientação da atenção destes portadores de doenças crônicas em vistas à dinamização do controle.

Percebe-se, também, que durante os atendimentos alguns pacientes possuem várias comorbidades associadas (hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade central) e vários outros fatores de risco cardiovasculares e que não foram plenamente abordados em conjunto. Estes pacientes podem ter síndrome metabólica, o que encerra um maior risco cardiovascular e, em consequência, deveriam ter um olhar mais próximo e um cuidado mais aprimorado pela Unidade.

A síndrome metabólica representa um estado de anormalidades clínicas e laboratoriais, passíveis de identificação na atenção primária, associados a um maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (POZZAN *et al.*, 2004)

A prevalência da síndrome metabólica cresce proporcionalmente ao aumento da idade, e sabe-se que o diagnóstico da SM representa uma estimativa de risco cardiovascular maior que a associação do risco individual de cada fator que a compõe (RIGO *et al.*, 2009).

Os componentes da SM (obesidade central, resistência à insulina/DM, hipertensão, hipertrigliceridemia e baixo HDL) podem ser abordados pela equipe de saúde por meio de ações coletivas ou por um plano individual de cuidado direcionado ao paciente diagnosticado (SILVA *et al.*, 2006; POZZAN *et al.*, 2004).

Desta forma, torna-se importante investigarmos este estado de maior risco cardiovascular em nossos pacientes para que o manejo adequado seja oferecido no intuito de diminuir a sua morbimortalidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Propor um plano de intervenção para melhorar a estratificação de risco, o acompanhamento e a identificação de síndrome metabólica em pacientes hipertensos.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Classificar os hipertensos em moderado ou alto risco cardiovascular;
- Referenciar para atenção secundária os pacientes de risco cardiovascular alto;
- Realizar grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos;
- Aumentar o número de consultas de demanda agendada para o acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas;
- Estimar o número e portadores de síndrome metabólica em pacientes de alto risco;
- Criar um protocolo de cuidado para o paciente classificado como portador de síndrome metabólica.

## 4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado um Planejamento Estratégico Situacional (PES) no qual foram identificados os principais problemas na comunidade atendida pelo PSF Botelho. Instituiu-se um levantamento do número de hipertensos e diabéticos, pelos agentes comunitários de saúde, em todas as microáreas abrangidas pela ESF para chegar a uma estimativa do número total.

A partir da análise destes problemas foi selecionado um de grande relevância para a comunidade no momento e feito um plano de ação para enfrentá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Realizou-se uma revisão bibliográfica sobre a prevalência de hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome metabólica na literatura. Além disto, a pesquisa abrangeu os fatores de risco, as consequências e o risco de mortalidade associado à hipertensão e à síndrome metabólica. Utilizou-se como base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed. Foram utilizados os descritores: hipertensão, síndrome X metabólica, grupos de risco.



## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial é uma doença prevalente na população geral, passível de diagnóstico precoce e tratamento eficaz na maioria das vezes, os quais podem diminuir as consequências (complicações, sequelas) desta doença ao seu portador. Define-se hipertensão arterial como um estado clínico de origem multifatorial, caracterizado pela manutenção de níveis elevados e persistentes de tensão arterial. Estes níveis persistentemente aumentados associam-se a lesões em órgãos alvo como em coração, rins, vasos, cérebro, olhos e também a alterações metabólicas elevando o risco cardiovascular (BRASIL, 2013).

Estima-se que 30% da população adulta brasileira apresente hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010) e seus fatores de risco ou agravantes como dislipidemia, tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo, entre outros podem ser amplamente manejáveis na atenção primária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010; PERES; MAGNA; VIANA, 2003).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil. Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2013 ocorreram 339.672 óbitos em função de doenças do aparelho circulatório, perfazendo 28% das causas de óbitos (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial mal controlada pode gerar consequências graves, como predispor à doença cerebrovascular, doença isquêmica cardíaca, doença arterial periférica, nefropatia, oftalmopatia e diversas outras consequências (SILVA *et al.*, 2006; GOMES *et al.*, 2010; BLOCH *et al.*, 2006).

Devemos ter em mente todo o contexto do paciente, seus medos e suas apreensões quanto ao tratamento, todo o ambiente que envolve e pode interferir no cuidado do indivíduo com a sua saúde. Por isto é importante a atuação da atenção primária no tratamento da hipertensão arterial. Com a estratégia de saúde da família, pode-se ter uma noção maior da realidade em que está envolvido aquele indivíduo atendido, e com esta proximidade, gera-se um acolhimento da equipe para com o hipertenso, isto é, pode-se tentar diagnosticar e anular os fatores que geram descontrole da sua doença (GOMES *et al.*, 2010; PERES; MAGNA; VIANA, 2003).

Em um estudo, a frequência com que a maioria dos usuários afirmou realizar as consultas médicas e/ ou de enfermagem distanciou-se do que é recomendado pelo MS e, isso pode contribuir para o controle ruim das doenças crônicas e

distanciar profissionais de saúde e usuários (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

A não adesão ao tratamento de um portador de condição crônica não envolve apenas seu conceito de doença, pois este é uma questão complexa e multifatorial, que envolve vários fatores, como por exemplo, a existência ou não de apoio familiar (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010). Os profissionais de saúde devem ter esta percepção, tentar entender quais são os fatores que contribuem ou dificultam o manejo do paciente.

Aconselha-se que todos os hipertensos e/ou diabéticos que não apresentem controle dos níveis tensionais e/ou glicêmicos e com lesões em órgãos-alvo ou comorbidades, realizem consultas frequentes (trimestral) (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014). Desta forma, é importante romper o costume da Unidade e da comunidade de somente procurar cuidado em saúde quando ocorrem algum evento. É necessário que se estimule o aumento de consultas agendadas/programadas para um bom controle destes pacientes.

A Síndrome Metabólica (SM) é um agravo que engloba uma complexidade de fatores associados à deposição de gordura central e resistência à insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005). Síndrome metabólica pode ser diagnosticada clínica e laboratorialmente de acordo com história clínica, exame físico (circunferência abdominal, pressão arterial, peso, estatura, pele, exame cardiovascular, etc.) e dosagens de glicemia de jejum, HDL e triglicérides (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010; RIGO *et al.*, 2009; POZZAN *et al.*, 2004). Nas bases de dados pesquisadas, não foram obtidas informações acerca da prevalência de síndrome metabólica no Brasil, somente dados de grupos isolados. A prevalência na literatura é muito conflitante e depende dos critérios que foram utilizados para a avaliação do paciente. Em alguns estudos, a prevalência em alguns grupos foi elevada, chegando até próximo a 50% utilizando-se como referência os critérios do NCEP ATP III (RIGO *et al.*, 2009).

Indivíduos com síndrome metabólica possuem alto risco para doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus 2. Estima-se que o risco geral de doença cardiovascular entre os portadores de síndrome metabólica seja 1,5-3 vezes maior quando comparado com os indivíduos sem a síndrome (KASSI *et al.*, 2011).

Além disto, o portador de síndrome metabólica possui, em grande parte das vezes, sentimentos negativos (repulsa, vergonha, impotência) quanto ao excesso de

peso e a associação de doenças, o que pode dificultar ainda mais o manejo destes pacientes e predispor ao surgimento de quadros psicológicos (VIEIRA; TURATO, 2010).

Grupos de educação em saúde são uma importante estratégia para trabalhar com portadores de doenças crônicas, tais como HAS e DM. Promovem a consciência da necessidade de controle, informações acerca da doença e das formas de cuidado. É fundamental que a ESF se organize no sentido de oferecer tal tipo de assistência a esse grupo de pacientes (MENDONÇA; NUNES, 2015).

Os profissionais de saúde devem ser capacitados a ter uma percepção do fatores que possam interferir de maneira negativa na adesão aos tratamentos prescritos (idade avançada, baixa escolaridade e número elevado de comorbidades) e utilizar estas informações no desenvolvimento de ações e estratégias na Unidade onde atua, para abordar cada indivíduo respeitando suas particularidades (ZAVATINI; OBRELI-NETO; CUMAN, 2010).

Um dos principais objetivos da atenção primária é tentar fornecer ao usuário uma assistência à saúde de forma global, sendo o elo de integração do indivíduo com os outros níveis do sistema, mantendo a integralidade e continuidade do cuidado. Dentro desta assistência, é interessante resgatar também o conceito de equidade, no qual devemos direcionar mais ênfase no cuidado para aqueles com maior necessidade. Assim, a proposta é que se construa um plano dinamizado de estratificação e manejo de hipertensos de alto risco cardiovascular.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O problema abordado no presente trabalho centra-se na falta de manejo/cuidado do paciente hipertenso com vários fatores de risco, ou em descontrole, além da ausência de mecanismos na unidade para identificação de portadores de síndrome metabólica.

Os principais nós críticos a serem enfrentados para a solução do problema selecionado são: a cultura de acomodação com o mau controle, precariedade de informação sobre a doença, falta de consultas para acompanhamento do paciente de alto risco cardiovascular, estilo de vida não saudável, com sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, hábitos nutricionais ruins e passividade/missividade da equipe de saúde para com o controle das doenças crônicas. O nosso projeto possui a intenção de sanar alguns destes nós críticos.

Realizou-se a classificação dos pacientes em hipertensos em leve, moderado, alto risco cardiovascular, para adequação do nível de atenção destes pacientes, utilizando-se como instrumento o escore de risco de Framingham. Entre os hipertensos de mais risco realizamos a busca de portadores de síndrome metabólica através do uso de instrumento NCEP ATP III (*National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*).

Grupos de educação em saúde foram realizados para hipertensos e diabéticos, com discussão sobre a doença, a importância do controle e orientações gerais de tratamento. Também fizemos uma reunião de capacitação dos profissionais para aumentar a percepção dos pacientes de alto risco/em descontrole. Além disto, organizamos a agenda dos profissionais da ESF para atender mais consultas agendadas destinadas ao pacientes portadores destas condições crônicas em descontrole, com dois turnos na semana para atendimento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA). Nestas consultas, realizamos o cartão do hipertenso e diabético, solicitamos ao paciente avaliar PA pelo ao menos duas vezes por semana ou diariamente quando houver troca de medicação.

A avaliação dos grupos operativos será feita por meio de uma análise qualitativa do impacto destes na vida dos seus participantes. Após os grupos, um encontro final será realizado, com intuito de incutir a ideia de que os grupos precisam entrar na rotina da Unidade (ter continuidade) fornecendo informações a população. Neste último encontro serão coletadas informações (qualitativas) acerca

dos impactos positivos e negativos que os grupos tiveram na qualidade de vida e no controle das doenças destes participantes.

Em relação ao plano de dinamização da estratificação de risco, serão levados em consideração para a avaliação, a efetividade com a qual os pacientes de alto risco estarão sendo referenciados para a atenção secundária e, também, a melhora no controle de pacientes antes mal manejados pela Unidade.

Também poderá ser realizada uma reunião ao final do projeto com os profissionais da unidade e coleta de suas impressões acerca da melhora no manejo de hipertensos com a proposta de dinamização do seu cuidado a partir da estratificação.

Além disto, pacientes com alto risco cardiovascular serão investigados quanto a presença ou não de síndrome metabólica. A proposta deste projeto seria identificar um estado metabólico que acrescenta ainda mais morbimortalidade aos pacientes de alto risco cardiovascular.

**Quadro 1 – Operações sobre a falta de informação em saúde relacionado ao controle de hipertensos/diabéticos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Botelho, em Brasília de Minas, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de informação
<b>Operação</b>	Educação em saúde
<b>Projeto</b>	<b>Grupos operativos</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar o nível de informação da população acerca do manejo de suas doenças, demonstrando a importância do controle na melhora da qualidade de vida e redução da morbimortalidade.
<b>Produtos esperados</b>	Controle das doenças crônicas (hipertensão e diabetes)
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico e enfermeiro; estes dois profissionais conduziram com ajuda mútua os grupos operativos
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> espaço físico da Unidade; <b>Cognitivo:</b> informações, palestras, jogos, dinâmicas <b>Financeiro:</b> não houve; <b>Político:</b> gerenciar com a secretaria municipal espaço na agenda da Unidade para a realização dos grupos;
<b>Recursos críticos</b>	Informação em saúde
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: médico e enfermeiro Motivação: alta
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Informar aos hipertensos e diabéticos da comunidade sobre os grupos, buscar o incentivo de familiares, veicular a informação dos grupos em outros setores da comunidade
<b>Responsáveis:</b>	Thiago (Médico) e Isabela (Enfermeira)
<b>Cronograma / Prazo</b>	Realizar grupos operativos, de 15 em 15 dias, por 6 meses, abordando temas sobre HAS e DM, causas, fatores de risco, controle, tratamento e consequências/
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	O projeto será gerido pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde; o acompanhamento dos pacientes participantes será constante, com agendamento de consultas programadas atreladas aos encontros dos grupos; aferição de pressões e busca de um plano de cuidado individualizado para cada participante; para avaliação do projeto, no último encontro será realizada uma entrevista com os participantes, de modo que uma análise qualitativa dos pontos positivos e negativos sejam mensurados.

**Quadro 2 – Operações sobre a falta de estratificação de risco relacionado ao controle de hipertensos/diabéticos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Botelho, em Brasília de Minas, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 2</b>	Falta de estratificação de risco
<b>Operação</b>	Estratificar hipertensos em médio e alto risco cardiovascular
<b>Projeto</b>	<b>Estratificação de Risco do Hipertenso</b>
<b>Resultados esperados</b>	Estratificar todos os hipertensos cadastrados
<b>Produtos esperados</b>	Dispensar o melhor cuidado ao hipertenso de acordo com seu nível de risco
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico e enfermeiro/ A responsabilidade destes profissionais é a de avaliar as características clínicas necessárias, solicitar os exames requeridos e calcular o Framingham para os pacientes atendidos
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> estrutura física da unidade, consultórios médicos e da enfermagem <b>Cognitivo:</b> diagnóstico, interpretação de exames, confecção de risco pelo Framingham <b>Financeiro:</b> exames laboratoriais, referenciamento para a atenção secundária <b>Político:</b> estabelecer apoio da secretaria de saúde;
<b>Recursos críticos</b>	Consultas médicas e exames laboratoriais
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: médico (Thiago) Motivação: média
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Reunião com os profissionais da equipe explicando a importância de se estratificar o hipertenso para lhe dispensar o melhor cuidado em saúde
<b>Responsáveis:</b>	Médico (Thiago)
<b>Cronograma / Prazo</b>	Estratificar pelo menos 50% dos hipertensos cadastrados no prazo de 4 meses;
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	O projeto terá gestão do médico e enfermeira da unidade; os pacientes terão consultas marcadas, exames necessários solicitados e confeccionados o risco pela escala de Framingham; pacientes com alto risco cardiovascular terão acompanhamento conjunto do VivaVida (possui especialidades como cardiologista, endocrinologista e nefrologista) e serão triados para a presença de síndrome metabólica pelo NCEP ATP III; pacientes com médio risco terão um plano e cuidados elaborado pela equipe da unidade visando o controle da doença e seus fatores de risco; a avaliação do projeto será feita pela melhora do controle de pacientes de alto risco cardiovascular e da efetividade com o qual os hipertensos de maior risco foram encaminhados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde é importante estratégia para condução do tratamento de pacientes hipertensos, diabéticos e portadores de síndrome metabólica. Neste trabalho, evidenciou-se que os fatores de risco cardiovasculares compreendidos na síndrome metabólica estiveram mais presentes em hipertensos de alto risco. Nesse contexto, o principal impacto deste trabalho consistiu em estimular os profissionais da UBS para o maior cuidado aos pacientes hipertensos e diabéticos de maior risco cardiovascular. A partir deste trabalho os profissionais assumiram o conceito da equidade e perceberam a importância de se estratificar o risco dos hipertensos da comunidade e lhes proporcionar o manejo adequado.

Além disto, o projeto propiciou, dentro do manejo individual, fortalecer a relação destes pacientes com a unidade (criando um plano de acompanhamento individual, com agendamento de consultas programadas, abordagem individual dos fatores de risco, dinamização da terapêutica, exames sorológicos para controle do diabetes, dislipidemia, etc.) e referenciamento destes pacientes para a atenção secundária, para uma abordagem especializada e mais pormenorizada pelo programa Viva Vida.

Por meio do projeto, identificou-se um aprimoramento na abordagem de pacientes com síndrome metabólica, gerando um plano de cuidado mais aprimorado, abordando cada fator da síndrome especificamente e melhorando o nível de saúde global do paciente.

Outro resultado importante, foi perceber que grande parte dos portadores de síndrome metabólica eram hipertensos e diabéticos classificados como médio/alto risco, despertando um consciência crítica aos profissionais da Unidade para um olhar mais geral e abrangente de todos os fatores de risco que poderiam se somar para o aumento da mortalidade cardiovascular desses sujeitos.

Este projeto acrescentou conhecimentos e experiências ao meu exercício profissional. Ao construir um trabalho que melhorasse o dia-a-dia da Unidade e o manejo/referenciamento dos doentes crônicos, exercitei a capacidade de elaboração e gestão de projetos. Outro aspecto importante foi o ganho de conhecimentos acerca do manejo de fatores de risco na atenção primária, do controle/tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos, sobre a estratificação de risco e o diagnóstico de síndrome metabólica.



## REFERÊNCIAS

BLOCH, K.V; RODRIGUES, C.S; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. *Rev Bras Hipertens* v.13 n.2, p.134-143, abr/jun., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 110p. 2010.

CARVALHO FILHA F.S.S; NOGUEIRA L.T; MEDINA M.G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 265-278, out, 2014.

FAQUINELLO P; CARREIRA L; MARCON SS. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.19 n.4, p.736-44, Out-Dez, 2010.

GOMES, T.J.O; SILVA, M.V.R; SANTOS, A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens* v.17 n.3, p.132-139, jul/set., 2010.

KASSI, E, PERVANIDOU, P, KALTSAS, G, CHROUSOS, G. Metabolic syndrome: definitions and controversies. *BMC Medicine*, 9:48, 2011.

MENDONÇA F.F; NUNES E.F.P.A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 397-409, maio/ago., 2015.

PERES, D.S., MAGNA, J.M., VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saude Publica*, v.37 n.5, p. 635-42, out., 2003.

POZZAN, R, POZZAN, R, MAGALHÃES, M.E.C, BRANDÃO, A.A. Dislipidemia, Síndrome Metabólica e Risco Cardiovascular. *Revista da SOCERJ*, Rio de Janeiro, v.17 n.2, p 97-104, Abr/Jun, 2004.

RIGO, J.C; VIEIRA, J.L; DALACORTE, R.R; REICHERT, C.L. Prevalência de Síndrome Metabólica em Idosos de uma Comunidade: Comparação entre Três Métodos Diagnósticos. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo, v.93 n.2, p. 85-91, Ago., 2009.

SILVA, T.R; FELDMAN, C; LIMA, M.H.A; NOBRE, M.R.C; DOMINGUES, R.Z.L. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade* v.15, n.3, p.180-189, set/dez 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84 (1 Supl. 1): 1-28.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. v.95(1 supl.1), p. 1-51, 2010

VIEIRA C.M; TURATO E.R; Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.23 n.3, p. 425-432, maio/jun., 2010.

ZAVATINI M.A; OBRELI-NETO P.R; CUMAN R.K.N. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 31 n.4, p.647-54, dez., 2010.