

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

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO E  
CONTROLE DE PACIENTES HIPERTENSOS: O CASO DE UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BETIM/MG.**

**YENISLEY CASTILLO GARCIA**

**LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS**

**2014**

**YENISLEY CASTILLO GARCIA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO E  
CONTROLE DE PACIENTES HIPERTENSOS: O CASO DE UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BETIM/MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez.

**LAGOA SANTA/ MINAS GERAIS**

**2014**

**YENISLEY CASTILLO GARCIA**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO E  
CONTROLE DE PACIENTES HIPERTENSOS: O CASO DE UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BETIM/MG**

**Banca examinadora:**

**Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)**

**Prof. (examinador)**

**Aprovada em Belo Horizonte: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos pacientes portadores de doenças crônicas da Unidade Básica de Saúde (UBS) Guanabara.

“Não é suficiente saber, deve-se também aplicar. Não é suficiente querer, deve-se também fazer”.

(Goethe)

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família e colegas de trabalho da UBS Guanabara.  
Ao meu orientador pela ajuda na realização deste trabalho.

## RESUMO

A estratificação de risco das doenças crônicas não transmissíveis é uma ferramenta de vital importância na Atenção Primária a Saúde (APS), e ajuda o profissional da saúde, seja ele médico, enfermeiro ou outros, na organização da demanda, contribuindo para o conhecimento do estado de saúde da população e um maior controle das condições clínicas dos mesmos. A hipertensão arterial é a doença crônica de maior prevalência e incidência, sendo uma das principais causas de demanda espontânea e de urgência nas unidades básicas. Surge assim a necessidade de realizar uma estratificação de risco entre os pacientes hipertensos, contemplando esse segmento diferenciado e melhorando o controle dos mesmos. O objetivo deste estudo é elaborar um plano de intervenção para organizar a demanda e o segmento dos pacientes hipertensos da UBS Guanabara (Betim/MG). Para a pesquisa bibliográfica utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), além de livros, manuais e protocolos do Ministério da Saúde. Após a revisão bibliográfica, elaborou-se um protocolo baseado na estratificação de risco cardiovascular dos usuários para organizar o acesso a consultas e acompanhamento diferenciado. Foi apresentado ainda um modelo de agenda baseado na estratificação de risco cardiovascular dos usuários, priorização de grupos de maior vulnerabilidade, considerando a divisão por microáreas, para organizar a demanda programada.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Doenças Crônicas, Estratificação de risco, Risco cardiovascular.

## **ABSTRACT**

The risk stratification of chronic non-communicable diseases is a tool of vital importance on Primary Health Care (PHC), and helps the healthcare professional, be it doctor, nurse or other, in the organization of demand, contributing to the knowledge of the health status of the population and a greater control of the clinical conditions of the same. Hypertension is the most chronic disease prevalence and incidence in our midst, being one of the main causes of spontaneous demand and urgency in our units. Thus arose the need to perform a risk stratification in hypertensive patients to toast a differentiated follow-up and improve control of the same. The objective of this study is to elaborate an action plan to organize the demand and the follow-up of hypertensive patients of UBS Guanabara (Betim/MG). For bibliographic research it was used the Virtual Health Library (BVS) and the virtual library program platform ÁGORA of Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), in addition to books, manuals and protocols of the Ministry of health. After the review, a memorandum was elaborated based on cardiovascular risk stratification of users to organize access to consultations and follow-up differentiated. Was presented as a model of agenda based on users cardiovascular risk stratification, prioritization of groups of greater vulnerability, whereas Division by micro areas, to organize the planned demand.

Keywords: Family Health Program, Chronic Disease, Risk Stratification, Cardiovascular Risk



## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1-** Avaliação clínica: Achados no exame clínico indicativos de alto risco ou da necessidade de exames laboratoriais-----22
- Quadro 2-** Priorização dos problemas: plano de intervenção para estratificação de risco e acompanhamento diferenciado segundo grau de risco aos pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG, 2014.-----26
- Quadro3-** Comportamento das consultas médicas na equipe Guanabara, Betim/MG-----28
- Quadro 4-** Principais doenças crônicas que demandam consulta espontânea com quadros de agudização na UBS Guanabara, Betim/MG.-----28
- Quadro 5-** Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: elevada incidência de agudização de pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG, 2014.-----30
- Quadro 6** -Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento do problema da elevada incidência de agudização de pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG, 2014.-----32
- Quadro 7** - Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada incidência de agudização de pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG, 2014.-----33
- Quadro 8.** Classificação de risco global, segundo Escore de Framingham-----39

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Fluxograma de classificação de risco cardiovascular para pacientes até 45 anos-----	23
<b>Figura 2-</b> Causas e consequências da agudização dos pacientes hipertensos da UBS Guanabara, Betim/MG, 2014.-----	29
<b>Figura 3-</b> Escore de Framingham Revisado para Homens.-----	37
<b>Figura 4-</b> Escore de Framingham Revisado para Mulheres.-----	38
<b>Figura 5-</b> Modelo de planilha de classificação de risco cardiovascular por microárea, da UBS Guanabara, Betim/MG.-----	39
<b>Figura 6-</b> Modelo de ficha individual de classificação de risco cardiovascular da UBS Guanabara, Betim/MG-----	40

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1-** Classificação de risco cardiovascular de pacientes hipertensos da UBS Guanabara, Betim/MG-----40

**Tabela 2-** Periodicidade do acompanhamento dos pacientes hipertensos segundo grau de risco, da UBS Guanabara, Betim/MG-----41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB-Asma Brônquica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

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

DM- Diabetes Mellitus

ESF – Equipe de Saúde da Família

ECV-Evento cardiovascular maior

HAS-Hipertensão Arterial

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SciELO - *ScientificElectronicLibrary Online*

SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	14
2JUSTIFICATIVA.....	15
3CONHECENDO A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS GUANABARA, BETIM/MG.....	16
4OBJETIVOS.....	19
5METODOLOGIA.....	20
6REVISÃO DE LITERATURA.....	21
7PLANO DE INTERVENÇÃO.....	25
8RESULTADOS.....	36
9CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERENCIAS.....	44

## 1 INTRODUÇÃO

Ao incorporar-me ao programa Mais Médicos e começar meu trabalho na atenção primária do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), não imaginava que o desafio seria tão grande. A situação era muito diferente da que eu estava acostumada, a população circunscrita da nossa equipe me assustou, já que superava em tamanho não só à da minha equipe em Cuba, como também a preconizada pelo Ministério da Saúde. Enfrentar uma população com um nível socioeconômico e educacional baixo, que ficou sem médico mais de um ano e com uma demanda muito grande de atenção médica, foi difícil. A unidade básica de saúde não tinha estrutura adequada, a equipe não estava completa, seria muito difícil organizar a agenda já que o número de consultas por demanda espontânea impossibilitava a realização de atividades de promoção e prevenção de saúde.

Em pouco tempo pudemos observar que a maioria dessas consultas se dava por agudizações das doenças crônicas (na maioria Hipertensão Arterial). Muitos pacientes voltavam cotidianamente, alguns já com complicações e outros apresentavam incapacidades produzidas pelas complicações, as quais lhes impediam de trabalhar.

Toda essa situação despertou em mim a necessidade e o interesse em aprofundar os estudos em saúde pública. O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi a ferramenta para conhecer melhor as características do SUS e colocar meus conhecimentos e experiências ao serviço da população.

O objetivo deste estudo é elaborar um plano de intervenção para implementar a estratificação de risco nos pacientes hipertensos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Guanabara, município de Betim, Minas Gerais, estabelecendo um acompanhamento adequado segundo grau de risco, contribuindo assim ao melhor controle da doença, diminuindo as consultas por demanda espontânea, e dando prioridade às ações de prevenção e promoção de saúde.

## 2JUSTIFICATIVA

De acordo com a nova tipologia das doenças a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica as condições de saúde em agudas ou crônicas. As doenças crônicas degenerativas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são consideradas condições crônicas de saúde (MENDES *et al*, 2011).

Nos últimos anos a revolução tecnológica e industrial com suas consequências econômicas e sociais resultou em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população com predomínio das doenças e mortes devido às doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas as doenças cardiovasculares. A carga econômica das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez, tendo uma repercussão negativa sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças (BRASIL, 2006).

Sabe-se que o enfrentamento das condições crônicas de saúde, hoje tão prevalentes, exige a organização da assistência dos usuários em redes de atenção (BRASIL, 2006).

Propiciar o cuidado oportuno, eficaz, efetivo e eficiente das necessidades em saúde de nossos usuários tem sido o desafio dos profissionais da atenção primária.

A classificação de risco adequada é a base para o planejamento e a programação do atendimento e contribui para organizar a demanda, possibilitando ao profissional conhecer melhor as características de sua população e traçar um perfil epidemiológico dos seus pacientes. Pode também evitar e identificar complicações, diminuindo não só o número de consultas como também a mortalidade por causas cardiovasculares.

### **3 CONHECENDO A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS GUANABARA, BETIM/MG.**

O diagnóstico situacional da população coberta pela equipe foi realizado através da busca de dados existentes em fontes secundárias (SIAB, Consolidado das Famílias Cadastradas 2012 e 2013, Constituição de Equipe) e observação ativa.

#### **3.1 Aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos.**

A comunidade de abrangência da UBS Guanabara está localizada no bairro PTB, pertencente ao município de Betim/MG. Sua área de abrangência inclui os bairros Guanabara, Kennedy, Campos Elíseos e Santa Edwirges. A comunidade atualmente possui 4658 pessoas cadastradas (982 famílias), divididas em 9 microáreas e atendidas por uma Equipe de Saúde da Família- “equipe amarela”. O horário de funcionamento é das 7:00 às 17:00.

Observa-se um alto número de doenças crônicas não transmissíveis, em especial Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Há também números expressivos de pacientes com alterações de saúde mental, com uso abusivo de medicamentos psicotrópicos, condicionado em parte pelo alto índice de violência social. No caso das grávidas observa-se um aumento de casos de gravidez nas idades avançadas.

#### **3.2 Recursos de saúde**

Há nove anos a unidade começou a funcionar dentro da Unidade de Atendimento Imediato (UAI) Guanabara, onde ficou por 2 anos, sendo que logo as estruturas se dividiram. Há 7 anos que seu funcionamento é dentro de uma casa adaptada. Conta com 2 Equipes de Saúde da Família: a equipe Kennedy (verde) e a equipe Guanabara (amarelo). As equipes prestam atendimento aos bairros Guanabara, Kennedy, Campos Elíseos e Santa Edwirges. O horário de funcionamento é das 7.00 às 17.00.



### 3.3 Recursos humanos:

A ESF Guanabara possui uma equipe composta por:

- Enfermeira, Fabricia, casada, 3º grau completo, concursada, há 1 ano atuando no município, realiza 40 horas semanais.
- Médica: Yenisley, 30 anos, casada, 6 meses de atuação no município, concursada do programa mais medicos para 40 horas semanais.
- Pediatra: Ricardo, 44 anos, há 4 meses e meio na unidade, anteriormente trabalhou em UAI Guanabara, 20 horas semanais.
- Ginecologista: Márcio, 46 anos, casado, há 8 meses na unidade, 20 horas semanais.
- Técnica de enfermagem, Cláudia, casada, concursada, há 2 anos e meio atua no unidade, 40 horas semanais.
- Agente comunitário de saúde: Maria Márcia, casada, 2º grau completo, concursada, atua na unidade há 4 anos, 40 horas semanais.
- Agente de Saúde Cláudia, concursada, casada, 2º grau incompleto, atua na unidade há 1ano, 40 horas semanais.
- Agente de saúde Ângela, casada, contratada; atua na unidade há 6 anos;40horas semanais.
- Agente de saúde Lucilene, contratada, atua na unidade há 7 meses, 40 horas semanais.
- Agente de saúde Márcia, solteira, 2º grau completo, contratada, atua na unidade há 4anos, 40 horas semanais.
- Agente de saúde Érika, concursada, há 1 ano e meio, 2º grau incompleto, 40 horas semanais.
- Agente de saúde Renata, casada, 2º grau completo, contratada, atua na unidade há 4 anos, 40 horas semanais.
- Recepcionista: Aline, 30 anos, concursada, casada, atuando na unidade há 3 meses, 40 horas semanais.
- Auxiliar de enfermagem, Ângela, casada, efetiva, atuando na sala de vacina, 20 horas semanais.

- Farmacêutica: Francillyny, 30 anos, concursada, solteira, ha 8 meses na unidade, 40 horas semanais.
- Gerente administrativa: Selma, contratada, casada, há 1 ano na unidade, 40 horas semanais.
- Auxiliar de limpeza, Vilma, contratada, casada, 2º grau incompleto.

A unidade possui 4 consultórios, 2 banheiros na área externa: um para funcionários e outro para população, 1 banheiro na área interna no consultório de ginecologia, uma sala de recepção e outra sala de espera, uma cozinha, uma sala de vacinas, uma sala para realização de procedimentos como coleta de sangue e administração de medicamentos. Uma sala de almoxarifado, uma farmácia e uma sala de gerência.

#### **.3.4 Mapeamento de instituições e projetos**

A comunidade conta com salão de beleza, serralheria, distribuidora de gesso, lojas de roupas, bar, oficina mecânica, restaurante, centro de saúde, marcenaria, armarinho, oficina de tornearia, padaria, sacolão, mercearia e igreja.

#### **3.5 Observação ativa**

Principais pontos observados: hábitos e estilos de vida inadequados; alto índice de estresse, violência social; crianças desassistidas pelos pais; baixo nível de escolaridade da população; baixo nível de informação da população sobre doenças e formas de prevenção e sobre os serviços de saúde; problemas no processo de trabalho (não realização de grupos operativos, não realização da estratificação de risco das DCNT); elevada demanda espontânea e desorganização do acompanhamento dos pacientes; desestrutura dos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito à gestão municipal de recursos materiais.

## **4OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Elaborar um plano de intervenção para aplicar a estratificação de risco e acompanhamento diferenciado segundo grau de risco aos pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG.

### **Objetivos específicos:**

1. Realizar revisão de literatura sobre o tema.
2. Atualizar o cadastro de pacientes hipertensos da equipe Guanabara.
3. Realizar estratificação de risco aos pacientes hipertensos da área de abrangência da equipe Guanabara.
4. Fazer um planejamento de consultas diferenciado segundo grau de risco dos pacientes hipertensos da equipe Guanabara.
5. Fazer grupos operativos com pacientes hipertensos.

## 5METODOLOGIA

A revisão narrativa constitui a seleção e análise de publicações na interpretação crítica pessoal do autor, sendo um trabalho apropriado para descrever o desenvolvimento de um determinado tema, sob o ponto de vista contextual ou teórico (ROTHER, 2007). Este tipo de revisão é recomendada em trabalhos de conclusão de curso devido a suas características de menor complexidade e pelo tempo disponível para conclusão da publicação. Também está indicada para a proposição de projetos de intervenção, baseado em revisão bibliográfica, sem produção de dados primários, o que libera da submissão a comitês de ética de pesquisa e estabelece relação direta com processos de trabalho do autor e sua equipe (CORRÊA *et al.*, 2013).

O presente trabalho foi realizado através de uma revisão narrativa sobre classificação de risco cardiovascular. Para a busca na literatura foram utilizados os unitermos: “doenças crônicas não transmissíveis”, “Hipertensão Arterial”, “Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde”, “Programa Saúde da Família” e “Classificação de risco Cardiovascular”.

Foram avaliadas as publicações dos últimos 12 anos, em português, obtidas através da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual ScientificElectronic Library Online (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Foram desconsideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto ou que não eram passíveis de obtenção na íntegra (critérios de exclusão).

Após a revisão, elaborou-se um protocolo baseado na classificação de risco cardiovascular dos usuários para organizar o acompanhamento adequado.

## 6 REVISÃO DE LITERATURA

A prevalência de DCNT eleva-se com a idade, destacando-se: as doenças osteoarticulares, a HAS, as doenças cardiovasculares e o câncer. Dados nacionais apontam que as DCNT respondem por 66,3% da carga de doença, enquanto as doenças infecciosas, por 23,5%, e causas externas, por 10,2% (CAMPOLINA *et al.*, 2013).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010, p.1).

Segundo VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010, p. 1), “A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública”. Relata ainda que 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.

Essa doença possui fator hereditário em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, entre eles: fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física, menor acesso aos cuidados de saúde e o nível educacional são possíveis fatores associados. O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial sendo que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão do que os ativos (BRASIL,2013).

Já o fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão e 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças

cardiovasculares. O consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans, está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes (DUNCAN *et al.*, 2012).

Além desses fatores de risco, sabe-se que sua incidência é maior na raça negra e aumenta com a idade sendo maior entre homens com até 50 anos, entre mulheres acima de 50 anos, em diabéticos e quem tem histórico familiar de hipertensão. O reconhecimento destes fatores de risco é imprescindível no desenvolvimento de atividades educativas, profiláticas e preventivas na atenção primária (BRASIL, 2013).

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 (BRASIL, 2006).

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 (Quadro 1)(BRASIL 2006).

**Quadro 1.** Avaliação clínica: Achados no exame clínico indicativos de alto risco ou da necessidade de exames laboratoriais

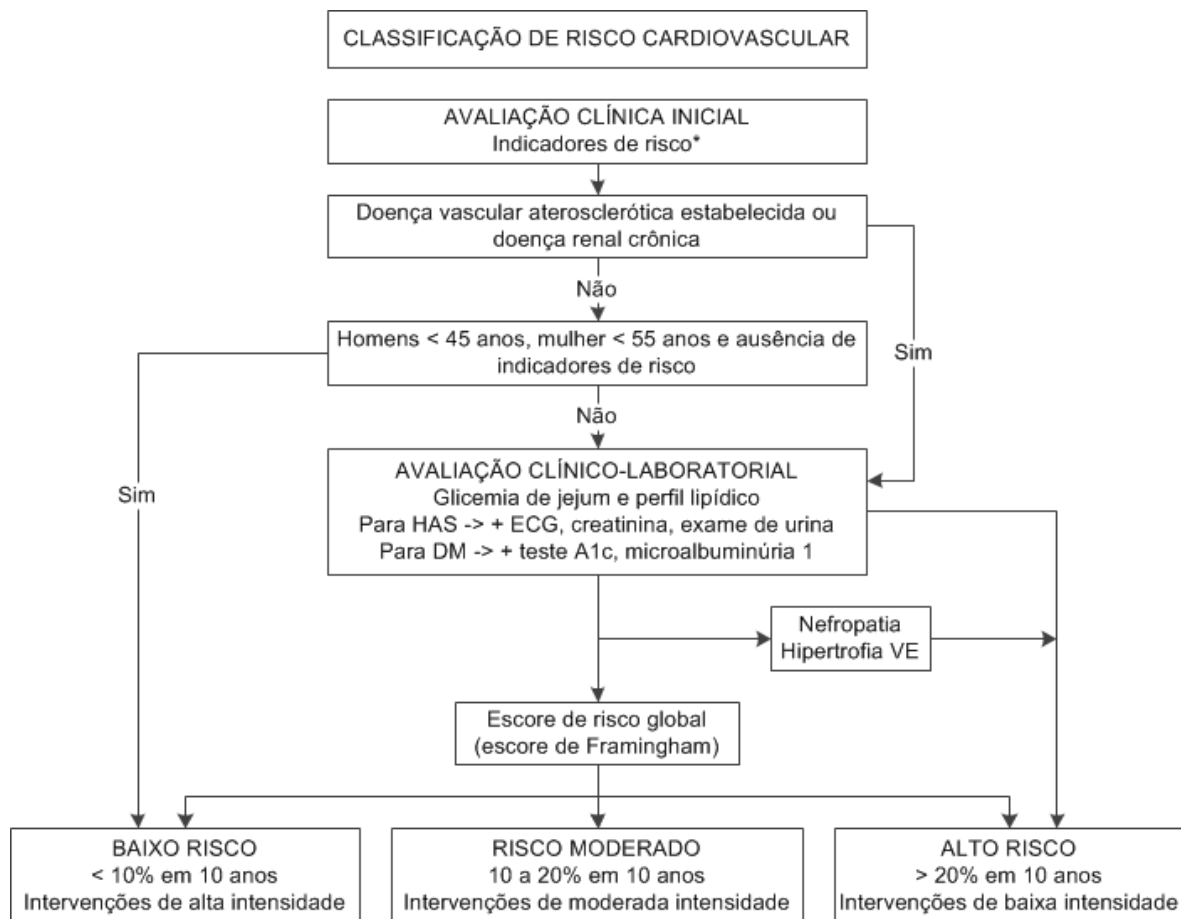
<b>Indicadores de alto risco</b>
Infarto do miocárdio prévio
Acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório prévio
Doença aneurismática de aorta
Doença vascular periférica
Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica
Angina de peito
Doença renal crônica
<b>Indicadores intermediários de risco</b>
Idade > 45 anos homens, > 55 anos mulheres
Manifestações de aterosclerose:

Sopros arteriais carotídeos
Diminuição ou ausência de pulsos periféricos
História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1º grau ocorrido antes dos 50 anos
Diagnóstico prévio de diabete melito, tolerância à glicose diminuída, glicemia de jejum alterada, diabete gestacional.
Diagnóstico prévio de dislipidemia
Diagnóstico prévio de síndrome do ovário policístico
Tabagismo
Obesidade (IMC > 30 kg/m <sup>2</sup> ) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens)
Hipertensão (> 140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia
História de doença renal na família (para risco de insuficiência renal)

Fonte: Brasil, Cadernos de Atenção Básica n-14, 2006.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) sugere um fluxograma de classificação de risco, no qual os pacientes mais jovens, sem manifestação de doença ou sintomas e sem nenhum dos fatores intermediários descritos no quadro anterior, não se beneficiam de exames complementares, entretanto devem ser encorajados a manterem um perfil de vida saudável. Homens com idade superior a 45 anos e mulheres com mais de 55 anos requerem exames laboratoriais para estimar mais precisamente o risco cardiovascular. A partir deste instrumento os indivíduos são classificados em risco de desenvolver um evento cardiovascular maior, definido por infarto do miocárdio ou morte por causa cardiovascular.

**Figura 1.** Fluxograma de classificação de risco cardiovascular para pacientes até 45 anos.



Fonte: Brasil, Cadernos de Atenção Básica n-14, 2006.

A partir deste instrumento o paciente pode ser classificado segundo o risco de desenvolver um evento cardiovascular maior, permitindo que se estabeleça um acompanhamento diferenciado aos pacientes de moderado e alto risco, diminuindo assim os indicadores de mortalidade por causas cardiovasculares. A avaliação de risco é de vital importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente (BRASIL, 2006).



## **7 PLANO DE INTERVENÇÃO**

No Diagnóstico Situacional realizado na UBS Guanabara, Betim/MG, foram detectados diversos problemas. Entre eles, destacou-se a grande demanda espontânea por agudização de doenças crônicas, na maioria Hipertensão Arterial Sistêmica, associada à não adesão ao tratamento pelos pacientes, não realização de grupos operativos e outras atividades de promoção e prevenção de saúde, e a não realização de estratificação de riscos que permitisse identificar os casos de alto e muito alto risco e possibilitar um atendimento diferenciado aos mesmos.

O problema enfrentado despertou a necessidade de se pesquisar estratégias de organização da demanda e classificação de risco, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, diminuir quadros de agudizações e complicações, organizar a agenda dando maior cobertura às consultas programadas, priorizar o acesso a grupos de maior vulnerabilidade e incrementar as atividades educativas.

### **7.1 Identificação dos problemas**

Na continuação é apresentada uma lista com os problemas de saúde que foi identificada em nossa equipe, mediante o método de estimativa rápida, com envolvimento da população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais (autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais), tendo como fonte de dados e coletas os registros, entrevistas e observações ativas.

Os problemas identificados são:

1. Baixo nível educacional e socioeconômico.
2. Alta taxa de desemprego.
3. Hábitos e estilos de vida inadequados.
4. Elevada incidência de agudização de hipertensão arterial.
5. Elevada incidência de doenças infecciosas e parasitárias.
6. Elevado uso de medicamentos psicotrópicos pela população.
7. Elevada incidência de gravidez nos extremos de idade.

8. Elevada incidência e prevalência de incapacidades decorrentes de causas externas.
9. Elevada incidência de doenças psiquiátricas.

## 7.2 Priorização dos Problemas.

Posteriormente é apresentado um quadro com a priorização dos problemas identificados na equipe tendo como base a importância dos mesmos, dada influência que exercem sobre o estado de saúde da população, a urgência que representa para a equipe sua solução dada sua repercussão negativa e a capacidade de enfrentamento pelos profissionais da equipe.

**Quadro 2:** Priorização dos problemas: plano de intervenção para estratificação de risco e acompanhamento diferenciado segundo grau de risco aos pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG, 2014.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Elevada incidência de agudização de Hipertensão Arterial	Alta	7	Parcial	1
Elevada incidência de gravidez nos extremos de idade	Alta	6	Parcial	2
Elevado uso de medicamentos psicotrópicos pela população	Alta	5	Parcial	3
Hábitos e estilos de vida inadequados	Alta	5	Parcial	4

Fonte: autoria própria.

### **7.3 Descrição do problema selecionado.**

A elevada incidência de agudização de Hipertensão Arterial esta condicionada, na maioria das vezes pelo abandono do tratamento pelos pacientes, a falta de informação sobre a doença, o baixo nível de escolaridade, que dificulta a adesão ao tratamento ou às vezes pelo simples fato de o paciente não saber ler as prescrições. Somando-se a este fato, ainda estão presentes estilos de vida inadequados como sedentarismo, dietas inadequadas, hábitos tóxicos como o cigarro e o álcool, além do estresse, que se manifesta como um produto das pressões sociais, como por exemplo, a violência. Além dos fatores citados acima, a unidade de saúde ficou fechada um ano e os pacientes ficaram sem controle e muitas vezes sem tratamento (por não terem condições financeiras de comprar o medicamento), e com um segmento inadequado, também pelo fato de que não foram realizados grupos operativos no posto por problemas estruturais e falta de pessoal.

No tempo de trabalho foram identificados que dentro dos casos mais frequentes de agudização de doenças crônicas estão os hipertensos, já que eles são maioria dentre os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Esses casos ocupam a maior % dos atendimentos por demanda espontânea em nossa equipe, e as agudizações frequentes somadas ao controle inadequado desses pacientes provoca complicações e sequelas que às vezes são incapacidades permanentes. Mediante a situação identificada temos como proposta de intervenção realizar a estratificação de risco dos pacientes hipertensos, para que possa ser ofertada uma atenção diferenciada, de acordo com o grau de risco identificado e poder garantir um controle adequado desses pacientes.

No quadro 3 é mostrada uma caracterização das consultas médicas na equipe Guanabara, no período do tempo de novembro de 2013 até abril de 2014, evidenciando que as consultas por agudização de doenças crônicas prevaleciam com maior incidência dentre as consultas por demanda espontânea.

**Quadro 3:** Caracterização das consultas médicas na equipe Guanabara, Betim/MG

Consulta Médica de novembro/2013 a abril/2014		Consultas agendadas		Consultas agudização por de doenças crônicas		Outras urgências	
n	%	n	%	n	%	n	%
1958	100	1146	58.5	764	39	48	2.4

Fonte: autoria própria.

No quadro a seguir são mostradas as principais doenças crônicas que demandam consulta por demanda espontânea na equipe de novembro de 2013 até abril de 2014, sendo a hipertensão arterial a de maior incidência.

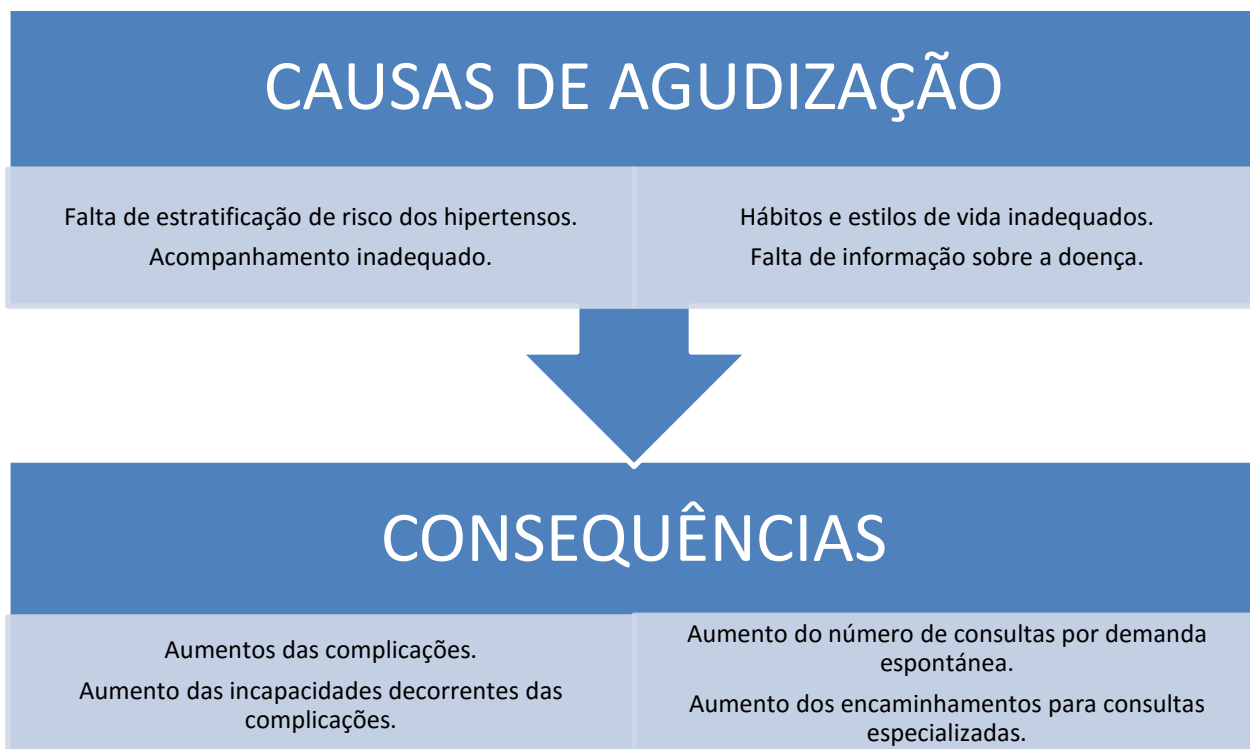
**Quadro 4:** Principais doenças crônicas que demandam consulta espontânea com quadros de agudização na UBS Guanabara, Betim/MG.

Hipertensão arterial		Diabetes mellitus		Asma brônquica		Outras doenças crônicas		Total	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
489	64	152	20	93	12	30	4	764	100

Fonte: autoria própria.

Na continuação é exposta uma figura com as principais causas de agudização dos hipertensos da equipe Guanabara e as consequências desses quadros de agudização.

**Figura 2:** Causas e consequências da agudização dos pacientes hipertensos da UBS Guanabara, Betim/MG, 2014.



#### 7.4 Identificação dos nós críticos.

A identificação das causas é fundamental para enfrentamento do problema. É necessário identificar aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. “Nó crítico” é um tipo de causa que, ao ser combatida, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade do interventor (CAMPOS *et al.*, 2010).

Foram considerados nós críticos a falta de estratificação de risco de pacientes hipertensos, hábitos e estilos de vida inadequada, baixo nível de informação sobre a doença, processo de trabalho da equipe de saúde da família (ESF) inadequado para enfrentar o problema.

#### 7.5 Desenhos das operações

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, é

necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração de um plano de ação. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS *et al.*, 2010).

O Quadro 5 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

**Quadro 5** - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: elevada incidência de agudização de pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG, 2014.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Não estratificação de risco nos pacientes hipertensos	<b>Classificando o o risco cardiovascular</b>  Classificar 100% dos pacientes hipertensos segundo risco cardiovascular	Diminuir agudizações e complicações nos pacientes hipertensos.	Capacitação da equipe; implementação de classificação de risco cardiovascular aos pacientes hipertensos nas consultas; agendamento diferenciado dos hipertensos segundo grau de risco.	Cognitivo- informação sobre o tema.  Organizacional- organização da agenda para agendamento diferenciado segundo o risco.  Político → adesão dos profissionais.
Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>+ Saúde</b>  Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir a obesidade, o sedentarismo e melhorar hábitos de alimentação.	Realização de grupos operativos com pacientes obesos e hipertensos; realizar grupo de Liang Com; realização de palestras sobre o tema.	Organizacional → organização da agenda para realização de atividades educativas;  Cognitivo → informação sobre o tema;  Político → adesão dos profissionais.

Baixo nível de informação da população	<p><b>Saber +</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão.</p>	População mais informada sobre a prevenção das agudizações e ou complicações da hipertensão	Realização de grupos operativos com pacientes hipertensos; realização de palestras; campanha educativa em rádio local; incrementar a propaganda escrita sobre o tema	<p>Organizacional→ organizar a agenda para realização de atividades educativas;</p> <p>Cognitivo→ informação sobre o tema e estratégias de comunicação;</p> <p>Político→ conseguir espaço na rádio local, mobilização social.</p> <p>Financeiro→ para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas.</p>
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema	<p><b>Linha de Cuidado</b></p> <p>Redução na incidência de agudizações dos hipertensos.</p>	Melhorar o controle dos pacientes hipertensos; redução na incidência de complicações; redução do número de consultas por demanda espontânea..	Capacitação profissional sobre uso de protocolos; gestão da linha de cuidado implantada; planejamento adequado de consultas segundo grau de risco.	<p>Organizacional→ organização da agenda para realizar capacitação; organização da agenda programática para implantação dos protocolos.</p> <p>Cognitivo→ elaboração de protocolos de acolhimento com classificação de risco;</p> <p>Político→ adesão dos profissionais</p>

Fonte: Autoria Própria (2014)

## 7.6 Análise da viabilidade do plano

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Quadro 6** -Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento do problema da elevada incidência de agudização de pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG, 2014.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<b>Classificando o risco cardiovascular</b>	<p>Cognitivo- informação sobre o tema.</p> <p>Organizacional- organização da agenda para agendamento diferenciado segundo o risco.</p> <p>Político→ adesão dos profissionais.</p>	Secretário de Saúde	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Não é necessária
<b>+ Saúde</b>	<p>Organizacional→ organização da agenda para realização de atividades educativas;</p> <p>Cognitivo→ informação sobre o tema;</p> <p>Político→ adesão dos profissionais.</p>	<p>EBS, NASF</p> <p>Secretário municipais de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	Não é necessária
<b>Saber +</b>	<p>Organizacional→ organizar a agenda para realização de atividades educativas;</p> <p>Cognitivo→ informação sobre o tema e estratégias de comunicação;</p> <p>Político→ conseguir espaço na rádio local, mobilização social.</p> <p>Financeiro→ para aquisição</p>	<p>ESB, NASF</p> <p>Setor de comunicação social</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Apresentar projeto de levantamento epidemiológico com classificação de risco</p>



		Secretaria de Saúde	Indiferente	
<b>Linha de Cuidado</b>	Organizacional→organização da agenda para realizar capacitação; organização da agenda programática para implantação dos protocolos. Cognitivo→ elaboração de protocolos de acolhimento com classificação de risco; Político→ adesão dos profissionais	ESB	Favorável	Não é necessária

**Legenda –NASF:** Núcleo de atenção em saúde da família**ESB:** Equipe Básica de Saúde.

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 7.7 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS *et al.*, 2010).

**Quadro 7** - Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada incidência de agudização de pacientes hipertensos da UBS Guanabara, município de Betim/MG, 2014.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Classificando o risco cardiovascular</b> Classificar 100% dos pacientes hipertensos	Diminuir agudizações e complicações nos pacientes hipertensos.	Capacitação da equipe; implementação de classificação de risco cardiovascular aos pacientes hipertensos nas consultas;		ESB	Dois meses para o início das atividades.

segundo risco cardiovascular		agendamento diferenciado dos hipertensos segundo grau de risco.			
<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir a obesidade, o sedentarismo e melhorar hábitos de alimentação	Realização de grupos operativos com pacientes obesos e hipertensos; realizar grupo de Liang Com; realização de palestras sobre o tema.		EBS, NASF	Início: 2m Término: 4m
<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão.	População mais informada sobre a prevenção das agudizações e ou complicações da hipertensão	Realização de grupos operativos com pacientes hipertensos; realização de palestras; campanha educativa em rádio local; incrementar a propaganda escrita sobre o tema	Apresentar projeto de levantamento epidemiológico com classificação de risco	EBS.	3m para apresentação do projeto, 8m para liberação dos recursos e compra de materiais, 8m contratação de pessoal, 8m para início das atividades.
<b>Linha de Cuidado</b> Redução na incidência de agudizações dos hipertensos.	Melhorar o controle dos pacientes hipertensos; redução na incidência de complicações; redução do número de consultas por demanda espontânea..	Capacitação profissional sobre uso de protocolos; gestão da linha de cuidado implantada; planejamento adequado de consultas segundo grau de risco.		EBS	Apresentação do projeto: imediato 1m para início da capacitação 1 m para início da classificação Término: 3 meses

Fonte: Autoria Própria (2014)

## 7.8 Gestão do plano

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS *et al.*, 2010).

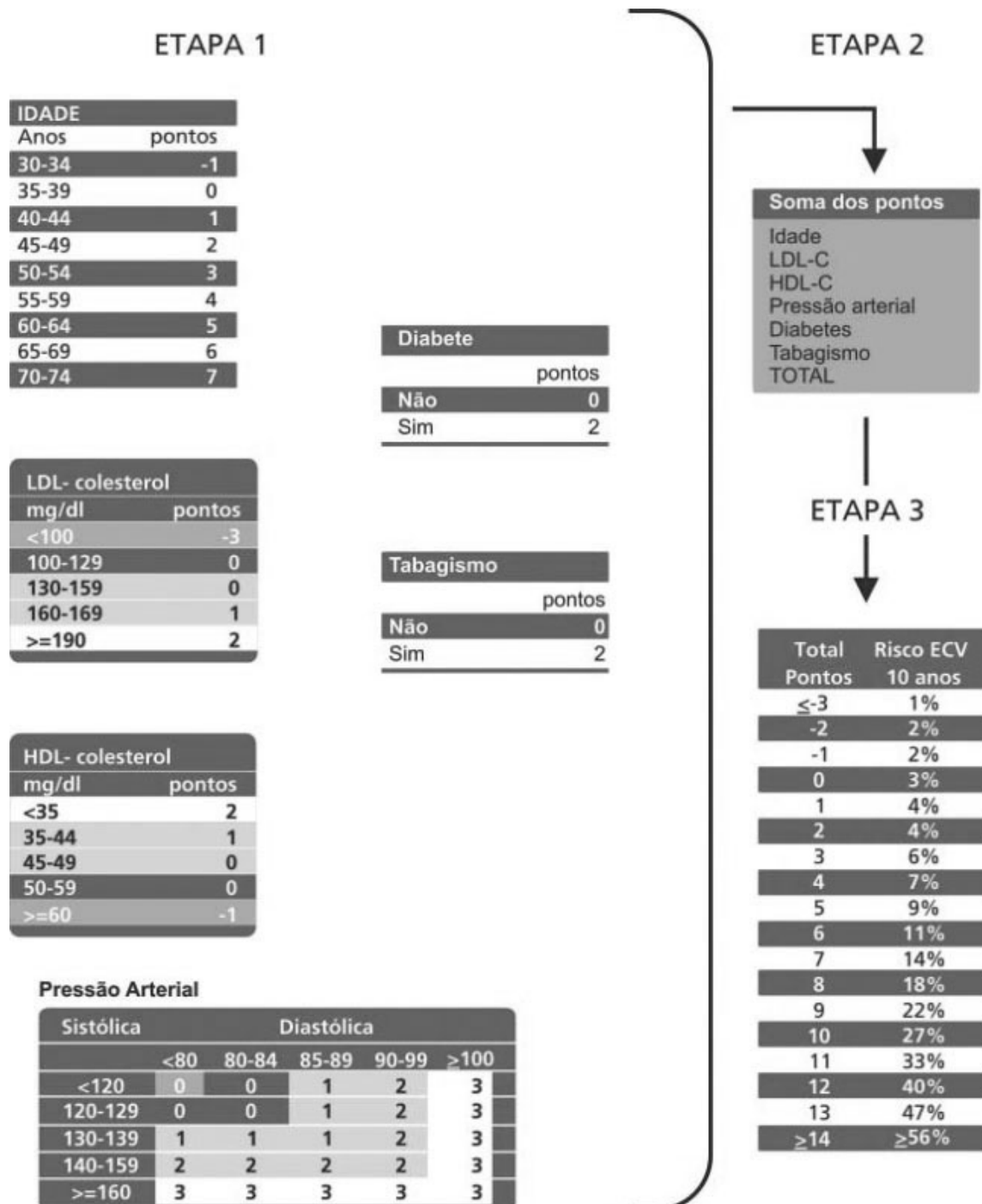
## **8 RESULTADOS.**

### **8.1 Atualização do cadastro de hipertensos e classificação do risco cardiovascular.**

Após a revisão narrativa realizada sobre o tema de risco cardiovascular na Hipertensão Arterial, foi realizada a atualização do cadastro de pacientes hipertensos da UBS Guanabara pelas ACS. Posteriormente foi implementada a classificação de risco cardiovascular na totalidade dos pacientes hipertensos mediante o Escore de Framingham.

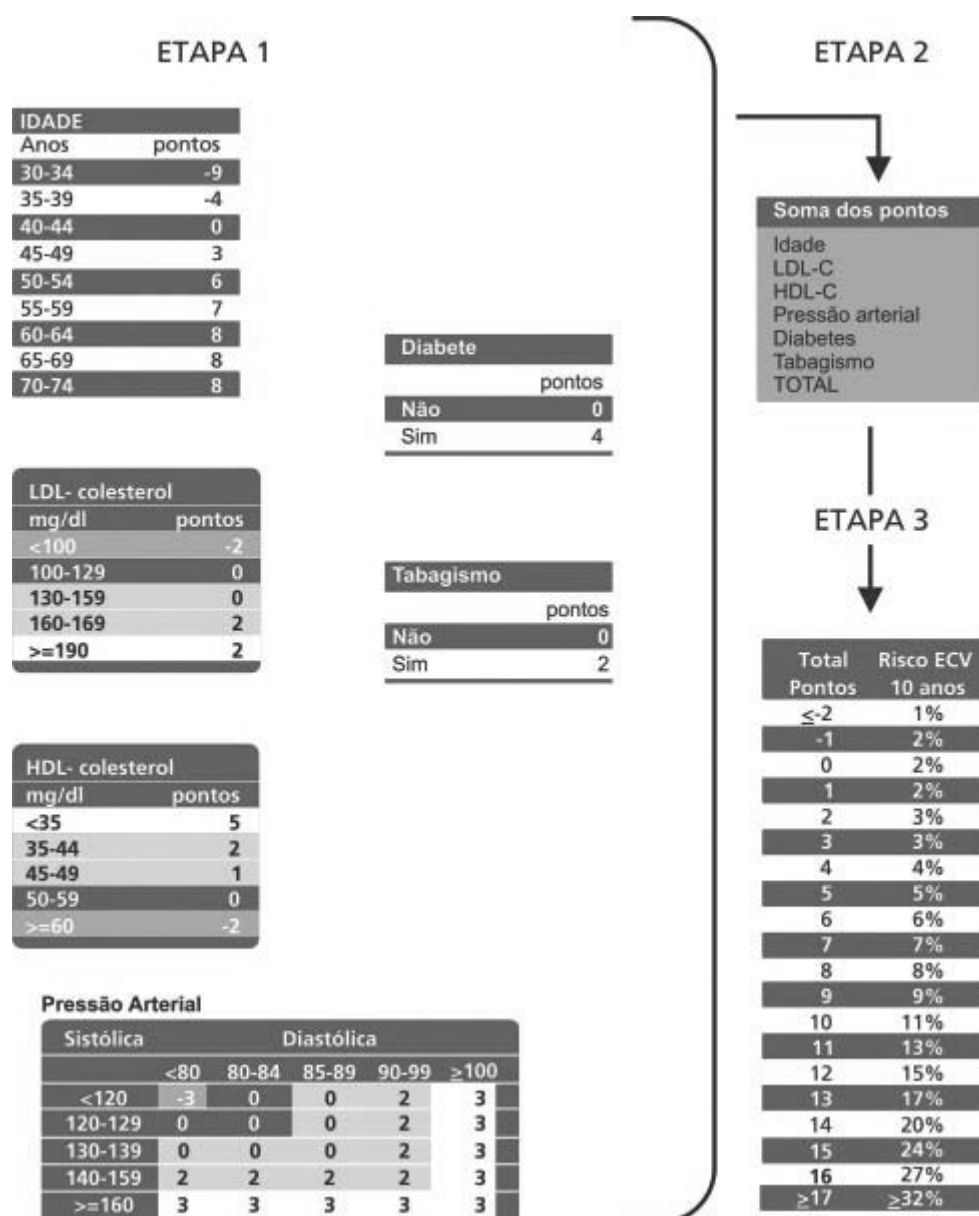
O cálculo do Escore de Framingham está descrito nas Figuras 1 e 2 para homens e mulheres, respectivamente. Inicialmente são coletadas informações sobre idade, resultado do lipidograma, pressão arterial, diabetes e tabagismo [ETAPA 1]. A partir da soma dos pontos de cada fator [ETAPA 2] é estimado o risco cardiovascular em 10 anos [ETAPA 3].

**Figura 3-** Escore de Framingham Revisado para Homens.



Fonte: Brasil, Cadernos de Atenção Básica n-14, 2006.

**Figura 4**-Escore de Framingham Revisado para mulheres.



Fonte:Brasil, Cadernos de Atenção Básica n-14, 2006.

Onde: HDL=Colesterol HDL (High DensityLipoprotein); PAS= pressão arterial sistólica

A partir deste instrumento, os indivíduos são classificados em risco de desenvolver um evento cardiovascular maior (ECV), definido por infarto do miocárdio ou morte por causa cardiovascular, conforme Quadro 8.

**Quadro 8.** Classificação de risco global, segundo Escore de Framingham.

<b>Categoria</b>	<b>Evento cardiovascular maior (ECV)</b>
Baixo	<10%/ 10 anos
Moderado	10 a 20%/ 10 anos
Alto	>20%/ 10 anos

Fonte:Brasil, Cadernos de Atenção Básica n-14, 2006.

Para a realização da classificação de risco foi necessário a participação conjunta das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) assim como da médica e enfermeira da equipe. No início cada ACS entregou a cada paciente hipertenso um pedido de exames de glicemia em jejum e lipidograma com a data de realização já marcada. O resultado dos mesmos foi entregue no dia marcado para a classificação.

Foi elaborada uma agenda com dias destinados para classificação de risco de cada microárea. Cada ACS ficou responsável por divulgar para sua população adscrita os dias reservados para sua microárea (visita domiciliar, cartazes afixados em locais estratégicos).

No dia de cada classificação, a ACS registrava a ordem de chegada dos indivíduos na planilha de classificação da microárea (Figura 5) e preenchia o cabeçalho da ficha individual de classificação (Figura 6). Os pacientes eram pesados e medidos pela enfermeira, que entregava os resultados dos exames e tomava a pressão arterial, depois eram chamados pela médica para avaliação e classificação, segundo os critérios de risco.

**Figura 5**– Modelo de planilha de classificação de risco cardiovascular por microárea, da UBS Guanabara, Betim/MG.

Classificação de risco cardiovascular				Microárea: ____ ACS: _____ Ano: ____			
Nº	Nome	Idade	CR	Nº	Nome	Idade	CR
01				11			
02				12			
03				13			
04				14			
05				15			
06				16			
07				17			

08			18			
09			19			
10			20			

Fonte: autoria própria (2014).

**Figura 6-** Modelo de ficha individual de classificação de risco cardiovascular da UBS Guanabara, Betim/MG.

Classificação de risco cardiovascular para pacientes hipertensos.				
Nome-----idade----- ACS-----				
Microárea-----				
Data da consulta	Baixo risco	Moderado risco	Alto risco	Assinatura do Profissional

Fonte: autoria própria (2014).

Os resultados das classificações de risco realizadas pela equipe Guanabara são apresentados na tabela a seguir. Observa-se que 46% dos pacientes tem risco moderado de sofrer um evento cardiovascular maior, 28% tem alto risco e só 26% tem baixo risco.

**Tabela 1-** Classificação de risco cardiovascular de pacientes hipertensos da UBS Guanabara, Betim/MG.

Pacientes	Baixo risco	Moderado risco	Alto risco
n	154	273	166
%	26%	46%	28%

Fonte: autoria própria (2014).



## 8.2- Acompanhamento de pacientes hipertensos segundo classificação de risco cardiovascular.

Após a classificação de risco, foi proposto um modelo de agendamento programado para o acompanhamento dos pacientes hipertensos da UBS Guanabara, o qual se mostra na tabela a seguir:

**Tabela 2-** Periodicidade do acompanhamento dos pacientes hipertensos segundo grau de risco, da UBS Guanabara, Betim/MG.

<b>Periodicidade</b>	<b>Baixo risco</b>	<b>Moderado risco</b>	<b>Alto risco</b>
Consultas	2 vezes ao ano	3 vezes ao ano	4 vezes ao ano
Visitas domiciliares	1 vez ao ano	2 vezes ao ano	3 vezes ao ano

Fonte: autoria própria (2014).

## 8.3 Realização de grupos operativos com pacientes hipertensos.

Como parte das atividades educativas que devem ser realizadas nas equipes, os grupos operativos são uma ferramenta fundamental para transmitir informação e trocar experiências com os pacientes. Dado o fato de que a classificação de risco é um processo variável e contínuo foi considerado realizar os grupos operativos dividindo os pacientes por microáreas e não por grau de risco, pois o paciente que inicialmente foi avaliado como baixo risco pode evoluir para moderado risco, e vice versa. As atividades educativas são muito importantes também no controle das doenças crônicas não transmissíveis, pois ajudam a modificar hábitos e estilos de vida saudável, aumentam o nível de informação dos pacientes sobre sua doença e melhoram o vínculo entre a equipe e o usuário.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte e internação nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entre essas doenças cardiovasculares pode-se citar a hipertensão arterial, que é uma doença silenciosa que se não diagnosticada e tratada precocemente pode desencadear várias complicações.

Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. A necessidade de organizar a demanda programada e melhorar o controle dos hipertensos é uma realidade que atinge o trabalho nas unidades básicas de saúde, e que repercute diretamente no estado de saúde da população e na qualidade de vida dos pacientes, dado o fato que melhorando o controle evitam-se complicações e sequelas nos usuários.

Com base na literatura revista sobre classificação de risco cardiovascular e organização de demanda programada, conclui-se que:

- A organização da demanda através da classificação de risco permite ao profissional conhecer melhor sua área de abrangência e traçar um perfil epidemiológico dos seus pacientes.
- A realização de levantamentos epidemiológicos, e a avaliação de risco subsidiam planejamento, otimizando a programação das ações de saúde.
- As ações programadas de assistência, educativo-preventivas e curativas, devem levar em conta o risco cardiovascular.
- A classificação de risco cardiovascular pode favorecer a identificação e intervenção precoce de complicações, permitindo tratamento e acompanhamento adequado, trazendo maior controle ao usuário e reduzindo, a longo prazo, o aparecimento de casos de demanda espontânea.
- A classificação de risco cardiovascular serve de instrumento auxiliar na confecção de um modelo de acompanhamento dos pacientes

hipertensos.

- Estratificar o risco cardiovascular proporciona criar um manejo clínico eficiente, e permite à equipe dimensionar os cuidados e a atenção que se devem dar as pessoas de sua responsabilidade.

Esse estudo iniciou-se a partir da necessidade de solucionar um problema local: a elevada incidência de agudização de pacientes hipertensos. A utilização da classificação de risco cardiovascular foi uma maneira encontrada para organizar e otimizar o processo de trabalho da equipe de saúde da família da UBS Guanabara, Betim/ MG, auxiliar no planejamento do acompanhamento, além disso, buscar diminuir complicações da hipertensão.

Durante a redação desta monografia, a proposta começou a ser colocada em prática, e seus resultados iniciais puderam ser incluídos neste estudo, inclusive o modelo de acompanhamento proposto.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília, DF; 2013. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=3687&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=3687&janela=1) 2014. acesso em:22/09/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica – 16 Disponível em: <http://189>

CAMPOLINA, A. G et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 6, p. 1217 – 1229, June 2013.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 139p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**. v. 46, supl. 1, Dec.2012.

Mendes EV. As redes de atenção á saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde; 2011.

ROTHER, E.T. **Pesquisa Sistemática x pesquisa narrativa**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.20, n.2, abr./jun. 2007.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** v.95, (1 supl.1), p. 1-51 2010.