

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

YOSVANI PAEZ GIL

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE
HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE CARBONITA-MG**

**CARBONITA/MG
2015**

YOSVANI PAEZ GIL

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE
HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE CARBONITA-MG.**

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

Orientador: Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

**CARBONITA / MG
2015**

YOSVANI PAEZ GIL

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DE
HIPERTENSOS DO MUNICÍPIO DE CARBONITA-MG**

Banca examinadora

Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório- orientador

Prof. Dra. Selme Siqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte, 18 de abril de 2015

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e por estar sempre guiando meu caminho.

Ao orientador Ricardo Luiz Silva Tenório, agradeço as cobranças, dinamismo e confiança.

A enfermeira Santa Irene de Meira, pelas orientações e apoio.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o sucesso deste trabalho. Muito Obrigado.

RESUMO

O município de Carbonita localizado no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, fica a 421 km de Belo Horizonte e possui uma população de 8631 pessoas. Na área de abrangência da equipe há elevado número de usuários sem classificação e estratificação de risco para a hipertensão, o que certamente vem comprometendo a qualidade da assistência a essa patologia. A hipertensão arterial apresenta custos médicos elevados, decorrentes principalmente de suas complicações: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Vários fatores têm sido implicados na adesão ao tratamento da hipertensão arterial, dentre eles a necessidade da abordagem multiprofissional do paciente hipertenso. O objetivo deste trabalho é elaborar um Plano de Intervenção direcionado aos profissionais da equipe de saúde da família para o bom acompanhamento de hipertensos da área de abrangência da Equipe Alfa.

A metodologia utilizada será o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES e uma revisão narrativa da literatura com busca de material em documentos do Portal da Saúde do Ministério da Saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Linha Guia da Secretaria de Estado da Saúde, dados online Lilacs e SciELO com os seguintes descritores: Hipertensão arterial, programa de saúde da família, sistema de informação em saúde. Dessa forma, busca-se aumentar a eficácia do acompanhamento e tratamento da hipertensão arterial por meio do cuidado compartilhado entre os diferentes profissionais de saúde, mas que somam esforços e almejam a integralidade da assistência centrada no paciente, levando em consideração seu contexto social, cultural e econômico.

Palavras-chave: Hipertensão arterial, programa de saúde da família, sistema de informação em saúde.

ABSTRACT

The Carbonita of municipality in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, is 421 km from Belo Horizonte and has a population of 8631 people. In high there team coverage area number of users without classification and risk stratification for hypertension, which is certainly compromising the quality of care for this disease. Hypertension has high medical costs, mainly due to its complications: cerebrovascular disease, coronary artery disease, heart failure, chronic renal failure and vascular disease ends. Several factors have been implicated in adherence to treatment of hypertension, including the need for multidisciplinary approach of hypertensive patients. The objective is to prepare an Intervention Plan directed to family health team members for good hypertensive monitoring of the Alpha Team coverage area.

The methodology used will be the Strategic Planning Method Situational - PES and a narrative review with search material Portal documents of the Ministry of Health Health, journals indexed in Virtual Health Library (VHL), Line Guide Secretary of State Health, online data Lilacs and SciELO using the following keywords: High blood pressure, family health program, health information system in this way, we seek to increase the effectiveness of monitoring and treatment of hypertension through shared care between different health professionals, but add efforts and aims completeness of patient centered care, taking into account their social, cultural and economic context.

Keywords: High blood pressure, family health program, information system on health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano

PSF – Programa saúde da Família

CAF – Companhia Florestal

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ACSs – Agentes Comunitários de Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

SUS – Sistema Único de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

BVS – Biblioteca virtual em saúde

MS – Ministério da Saúde

PA – Pressão Arterial

NOB-SUS – Norma Operacional Básica – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

METODOLOGIA:

Quadro 1 – Entendendo o Hiperdia

Quadro 2 – Cuidar Melhor

Quadro 3 – Saber Mais

Quadro 4 – Mais Saúde

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

Quadro 1 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “desconhecimento dos profissionais para o acompanhamento de hipertensos da área de abrangência da equipe alfa”

Quadro 2: Projetos e recursos críticos

Quadro 3 – Proposta de ações para motivação dos atores

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVO	24
4 METODOLOGIA	25
5 REFERENCIAL TEÓRICO	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERENCIAS	42
ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

O município de Carbonita localizado no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, fica a 421 km de Belo Horizonte e 135 km de Diamantina. As cidades que fazem fronteira com Carbonita são: Turmalina, Veredinha, Itamarandiba, Diamantina, Senador Modestino Gonçalves e Bocaiúva.

A história de Carbonita teve início quando houve as investidas dos bandeirantes na região do Jequitinhonha chegando até as terras do fazendeiro Manoel Barreiro, onde se iniciou um povoado por volta do ano de 1750. Chamaram a este povoado de BARREIRAS. (ATLAS ESCOLAR DE CARBONITA.2003).

Em 1943, o povoado de Barreiras passou a chamar-se CARBONITA. A lei nº2.764, votada em 30 de dezembro de 1962 autorizou a emancipação em 22 de setembro de 1963 quando tomou posse o primeiro Prefeito democraticamente eleito pelo povo. (ATLAS ESCOLAR DE CARBONITA.2003).

“No outro dia amanheceu cidade. Uma cidade vazia de carros, sem ruas calçadas, prédios, doutores, hospital e escolas, mas cheia de Carbonitenses que fariam isto no futuro. Era só crer e esperar para ver”. (OLIVEIRA,1964)

Hoje o município possui 1586 habitantes na Zona Rural e uma população urbana de 7045 moradores, totalizando 8631 habitantes que vivem economicamente a sombra dos Eucaliptos, principal fonte de renda do município segundo informações do IBGE(2000).

A área do município é de 1.337 km². Possui 582 famílias na zona rural e 2432 famílias na zona urbana, totalizando 3014 famílias (IBGE, 2007).

Tabela 1 - Indicadores de Habitação - Carbonita – MG

Indicadores de Habitação - Carbonita – MG	
% da população em domicílios com água encanada	88,56
% da população em domicílios com energia elétrica	98,66
% da população em domicílios com coleta de lixo	95,80

Fonte: SIAB 2010

Considerando as pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais: 43,30% trabalham no setor agropecuário, 0,28% na indústria extrativa, 3,32% na indústria de transformação, 6,27% no setor de construção, 0,55% nos setores de utilidade pública, 8,58% no comércio e 35,31% no setor de serviços.

Tabela 2 - Ocupação da população de 18 anos ou mais - Carbonita - MG

Taxa de atividade - 18 anos ou mais	66,55
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	5,31
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	47,18
Nível educacional dos ocupados	
% de ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	43,98
% de ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	25,94
Rendimento médio	
% de ocupados com rendimento de até 1 salário mínimo com 18 anos ou mais	44,35
% de ocupados com rendimento de até 2 salários mínimo com 18 anos ou mais	88,58

Fonte: SIAB 2010

A população de Carbonita ficou distribuída entre a área urbana e rural de acordo com dados do S.I.A.B.(Sistema de Informação de Atenção Básica, 2010) conforme tabela abaixo.

Tabela 3 - Distribuição da população de Carbonita por faixa etária e área de residência

Nº de pessoas	<1	1-4	5-9	10.14	15.19	20.39	40.49	50.59	>60	Total
Área urbana	88	340	552	598	713	2262	960	677	855	7045
Área rural	13	65	121	152	121	364	232	237	281	1586
Total	101	405	673	750	834	2626	1192	914	1136	8631

Fonte: S.I.A.B. 2010

A escolaridade da população adulta é um importante indicador de acesso ao conhecimento e também compõe o IDHM da Educação. Em 2010, 35,78% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 19,90% o ensino médio. Em Minas Gerais, 51,43% e 35,04%, respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 22,88% nas últimas duas décadas.

A renda per capita média de Carbonita cresceu 182,02% nas últimas duas décadas, passando de R\$132,28 em 1991 para R\$214,57 em 2000 e R\$373,05 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 62,21% no primeiro período e 73,86% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 44,87% em 1991 para 22,23% em 2000 e para 9,52% em 2010.

A desigualdade social diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,59 em 1991 para 0,54 em 2000 e para 0,46 em 2010.

Tabela 4 – Condições Sociais

Renda, Pobreza e Desigualdade - Carbonita – MG			
	1991	2000	2010
Renda per capita	132,28	214,57	373,05
% de extremamente pobres	44,87	22,23	9,52
% de pobres	69,98	53,03	21,33
Índice de Gini	0,59	0,54	0,46

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Em relação à saúde pública, antes da implantação do PSF, havia um médico na cidade contratado pela empresa CAF – Belgo Mineira e pela Prefeitura. O local de atendimento era o Hospital da cidade. O posto de saúde, além de inadequado do ponto de vista sanitário, era subutilizado, pois funcionava apenas 2 vezes por semana, por 2 horas. Não havia qualquer atendimento organizado, e a zona rural do município não recebia atendimento.

Atualmente, a Atenção Primária conta com 4 (quatro) equipes de saúde da família e 4 equipes de saúde bucal, sendo que cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 6 agentes comunitários de saúde. O município conta com unidades de apoio na zona urbana: UBS Vida Nova e Dr. Wilton, onde são realizados os atendimentos à população local. O município possui cobertura de 100% da população em Atenção Primária.

O quadro técnico de profissionais da saúde no município é: 7 médicos, sendo um ginecologista, 7 enfermeiros, 03 odontólogos, 04 auxiliares de consultório dentário, 15 técnicos em enfermagem, 24 agentes comunitários de saúde, 05 agentes de zoonoses e um coordenador, 01 fiscal sanitário, 01 agente de combate de chagas, 01 agente de saúde mental, 01 psicólogo, 01 nutricionista. Além disso, conta com

profissionais de nível superior atuando na coordenação da Atenção Primária, Vigilância em Saúde e Coordenação do Centro de Saúde Vida Nova.

A Equipe de Estratégia Saúde da Família Alfa está dividida em seis micro-áreas: Monte Belo, Cruzeiro, Centro e nas comunidades rurais, a saber: Santana e Abadia. A equipe encontra-se instalada em casa alugada, adaptada, situada à Rua da Consolação, nº 51A, bairro Cruzeiro.

Residem na área de abrangência 2.146 habitantes, sendo (50,84%) do sexo masculino e (49,16%) do sexo feminino, distribuídas em 757 famílias. A média de habitantes/família é igual a 2,83.

Quando separadas por faixa etária a população apresenta a seguinte distribuição: (5.9%) dos indivíduos pertenciam à faixa etária de menores de 05 anos, (7.8%) entre 5 a 9 anos, (18.6%) eram adolescentes, (54.9%) adultos e (12.8%) idosos.

Tabela 5 – Distribuição segundo faixa etária e gênero, da população coberta pela Equipe Alfa. Carbonita/MG, dezembro de 2013.

Faixa etária/sexo	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	n	%
< 5anos	58	5.4	69	6.3	127	5.9
5 a 9 anos	77	7.3	89	8.2	166	7.8
10 a 19 anos	196	18.5	202	18.5	398	18.6
20 a 59 anos	571	54.3	608	55.7	1179	54.9
>= 60 anos	153	14.5	123	11.3	276	12.8
Total	1055	100	1091	100	2146	100

Fonte: S.I.A.B.2010

Pode-se observar pela tabela 5 que na área coberta pelo ESF, a distribuição segundo faixa etária é a seguinte: menor de 05 anos – 5.9, de 05 a 09 anos – 7.8 %, de 10 a 19 anos – 18.6 %, de 20 a 59 anos – 54.9% e 60 anos e mais – 12.8%.

A proporção de pessoas alfabetizadas com 15 anos ou mais na área de abrangência é igual a 91.1%. A microárea com maior proporção de pessoas alfabetizadas é MA6 com 97.6% seguida pela M A03 com 95.9% (Tabela 6).

Tabela 6 – Proporção de pessoas alfabetizadas acima de 15 anos, acompanhada pela Equipe Alfa, em Carbonita/MG, dezembro de 2013.

Microárea	População Anos	>15 População Alfabetizada	Valor relativo
M A01	304	279	91.7
M A02	207	162	78.2
M A03	349	335	95.9
M A04	329	306	93.0
M A05	197	162	82.2
M A06	296	289	97.6
TOTAL	1682	1533	91.1

Fonte:SIAB 2010

Das 757 famílias cadastradas, 571 (75.4%) dispõe de energia elétrica, 757(100%) foram construídas de tijolo; 678 (89.6%) são beneficiadas por coleta de lixo e 643 (85.4%) possuem água tratada por empresa especializada (Copasa).

Entre as morbidades mais prevalentes em nosso município a hipertensão arterial é a condição de saúde que mais acomete os moradores. A tabela 6 mostra a distribuição dos hipertensos acompanhados pela Equipe Alfa.

Observa-se pela tabela 7 que a maior concentração de hipertensos se encontra na faixa etária de 60 a 69 anos (26.9%). Na área de abrangência da ESF não possui nenhum hipertenso menor de 20 anos.

Tabela 7 – Distribuição dos hipertensos acompanhados pela equipe Alfa, segundo faixa etária e micro-área. Carbonita/MG, Dezembro de 2013.

Faixa etária	MA01		MA02		MA03		MA04		MA05		MA06		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
20 a 29 anos	01	1.4	00	00	02	3.0	01	1.5	-	-	01	1.7	05	1.6
30 a 39 anos	04	5.9	01	2.1	06	9.0	03	4.6	-	-	05	8.6	19	6.3
40 a 49 anos	08	11.9	10	21.7	09	13.6	17	26.5	-	-	11	18.9	55	18.2
50 a 59 anos	15	22.3	14	30.4	12	18.1	15	23.4	-	-	13	22.4	69	22.9
60 a 69 anos	23	34.3	11	23.9	19	28.7	10	15.6	-	-	15	25.8	78	25.9
70 a 79 anos	11	16.4	07	15.2	13	19.8	11	17.4	-	-	08	13.8	50	16.6
80 e mais	05	7.8	03	6.7	05	7.8	07	10.9	-	-	05	8.8	25	8.5
Total	67	100	46	100	66	100	64	100	-	-	58	100	301	100

Fonte: SIAB 2010

De acordo com a tabela 8 nota-se que, do total de hipertensos acompanhados pela Equipe Alfa, a maioria são usuários de medicamentos e poucos fazem atividade física.

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes hipertensos por micro-área, segundo uso de medicamentos, dieta e exercícios. Equipe Alfa, Carbonita/MG, dezembro de 2031.

Micro-área	DIETA	MEDICAMENTO	Exercícios físicos
	N	N	N
MA01	22	65	12
MA02	00	46	00
MA03	33	64	31
MA04	04	64	03
MA05	-	-	-
MA06	30	56	15
Total			

Fonte: BANCO DE DADOS DA EQUIPE e SIAB

Dos 311 hipertensos cadastrados, 195 (64.7%) pertencem ao gênero feminino e 106 (35.3 %) ao gênero masculino (Tabela 9).

A prevalência de hipertensão arterial na população adulta foi de 49.5% e 50.5% na população idosa.

Tabela 9 – Distribuição dos hipertensos segundo gênero e micro-área, acompanhados pela Equipe Alfa. Carbonita/MG, dezembro de 2013. Valores absolutos e relativos.

Faixa etária	Microárea												Total	
	MA01		MA02		MA03		MA04		MA05		MA06			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
20 a 29 anos														
Feminino	01		00		02		01		-		01		05	2.5
Masculino	00		00		00		00		-		00		00	00
30 a 39 anos														
Feminino	02		01		05		01		-		04		13	6.6
Masculino	02		00		01		02		-		01		06	5.6
40 a 49 anos														
Feminino	07		05		04		12		-		07		35	17.9
Masculino	01		05		05		05		-		04		20	18.8
50 a 59 anos														
Feminino	08		09		07		07		-		11		42	21.5
Masculino	08		05		05		08		-		02		28	26.4
60 a 69 anos														
Feminino	18		05		11		06		-		07		47	24.1
Masculino	05		06		08		04		-		08		31	29.2
70 a 79 anos														
Feminino	07		03		12		04		-		06		32	16.4

Masculino	04	04	01	07	-	02	18	16.9
80 anos e +								
Feminino	05	03	04	06	-	03	21	10.9
Masculino	00	00	01	01	-	02	04	3.7
Total								
Feminino	48	26	45	37	-	39	195	64.7
Masculino	19	20	21	27	-	19	106	35.3

Fonte: SIAB

Do total de hipertensos apenas 32.1% está classificado quanto ao grau de hipertensão e somente 61.1% realizaram consulta de acompanhamento no ano de 2013. Percebe-se que na área de abrangência dessa equipe há elevado número de usuários sem classificação e estratificação de risco, o que certamente vem comprometendo a qualidade da assistência, tornando menos eficiente o acompanhamento dos usuários desse grupo. Embora a cobertura de consultas de acompanhamento não seja tão baixa, as mesmas não foram realizadas conforme estratificação de riscos.

Tabela 10 - Situação dos hipertensos na equipe alfa

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	368	Estudos
Hipertensos cadastrados	301	SIAB
Hipertensos acompanhados corretamente	184	Registros da equipe
Hipertensos com classificação de risco	97	Registros da equipe
Hipertensos controlados	170	Registros da equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	5	Registros da equipe

Fonte: SIAB E BANCO DE DADOS DA EQUIPE

Os hábitos e estilos de vida, as condições sociais, e o baixo nível de informação de nossa comunidade, constituem os principais motivos para o aumento da incidência da hipertensão arterial e o descontrole da doença. Por outro lado, a falta de domínio e conhecimentos dos agentes comunitários de saúde no registro e acompanhamento dos hipertensos, a constante rotatividade do profissional médico, o baixo entendimento das informações da população assistida, e a dificuldade de acesso para realização dos exames de rotina desse grupo, comprometem o processo de classificação de risco. Esses fatores têm provocado a falta de estratificação dos hipertensos pela equipe e, como consequência, um aumento das mortes por causas cardiovasculares e das pessoas com invalidez por esta causa.

Após a apresentação do diagnóstico situacional da equipe, foi sugerido que todos os membros classificassem os problemas, por ordem de prioridade.

Depois da classificação, foi montado o quadro abaixo utilizando como critério de definição de prioridades: importância do problema, critérios de governabilidade e participação popular, visando atender os anseios da população, como também uma forma de estruturação das ações em saúde na área de abrangência.

Tabela 9 - Principais problemas de saúde da Equipe de PSF Alfa

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Falhas nos registros dos dados da Equipe	Alta	Média	6
Dificuldade em trabalhar com dados epidemiológicos	Alta	Média	5
Dificuldade em trabalhar em parceria com a educação	Média	Média	9
Dificuldade na discussão dos temas	Alta	Parcial	8

sobre drogas/violência/segurança pública.			
Deficiência no acompanhamento dos grupos prioritários pela odontologia	Alta	Média	4
Deficiência no acompanhamento de hipertensos.	Alta	Média	1
Deficiência no acompanhamento das crianças da área, conforme calendário preconizado;	Alta	Parcial	2
Falta de opção de lazer e projetos culturais para os jovens, favorecendo a violência e o uso de drogas	Alta	Parcial	12
Rotatividade de profissionais da ESF.	Média	Média	11
Falta de participação do coordenador da atenção primária nas reuniões da Equipe	Média	Baixa	10
Difícil acesso à atenção de média e alta complexidade	Alta	Parcial	3

Após a classificação ficou definido que o problema escolhido pela nossa equipe de saúde foi: o desconhecimento dos profissionais para o acompanhamento dos hipertensos da área de abrangência da equipe.

Diante da realidade do nosso processo de trabalho, e considerando a definição do problema da pesquisa, identificamos os respectivos nós críticos:

- Falta de conhecimento por parte da equipe de como realmente deve ser feito o acompanhamento do Hipertenso;
- Constante rotatividade do profissional médico no ano de 2013;
- Pouco domínio e conhecimento dos ACSs (Agentes Comunitários de Saúde) em relação aos registros de hipertensos;
- A não utilização pelos ACSs, da Ficha B" preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Pouca disponibilidade do profissional médico para atendimento desse grupo;
- Deficiência no entendimento dos ACSs da importância de priorizar consultas para esses grupos e não somente agendamento de consultas da demanda espontânea;
- Baixo entendimento da população assistida no que se refere às consultas de demanda espontânea e atenção programada;
- Dificuldade de acesso para realização dos exames de rotina desses dois grupos, comprometendo o processo de classificação de risco.

Diante do exposto, a proposta deste trabalho será Elaborar um Plano de Intervenção direcionado aos profissionais da equipe de saúde da família para o bom acompanhamento de hipertensos da área de abrangência da Equipe Alfa.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pelo alto número de hipertensos no município, poucos casos registrados na área de abrangência, e poucos hipertensos controlados e acompanhados pelo programa hiperdia.

Atualmente tal fato tem chamando atenção da equipe de saúde, uma vez que o não controle da hipertensão tem sido a causa mais freqüente de mortalidade ou invalidez na área de abrangência do município.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e em nosso município. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (BRASIL, 2001)

A discussão desse tema para o município é de suma importância, visto que o mesmo se localiza em uma área endêmica de chagas, conseqüentemente apresentando vários pacientes cardiopatas e hipertensos. A discussão desse tema também irá contribuir para o melhor acompanhamento e controle dessa clientela, como também na consolidação das políticas públicas de saúde preconizadas pelo SUS.

3 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Plano de Intervenção direcionado aos profissionais da equipe de saúde da família para o bom acompanhamento de hipertensos da área de abrangência da Equipe Alfa.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar as falhas que possam existir nos sistemas de informação e registros em saúde;
- Classificar e estratificar os hipertensos do município de Carbonita/ MG;
- Instituir o alinhamento de condutas para o bom acompanhamento dos hipertensos.

4 - METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES e uma revisão narrativa da literatura com busca de material em documentos do Portal da Saúde do Ministério da Saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Linha Guia da Secretaria de Estado da Saúde, dados online Lilacs e SciELO com os seguintes descritores: Hipertensão arterial, programa de saúde da família, sistema de informação em saúde.

Inicialmente será realizada a revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados do Portal da Saúde do Ministério da Saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Linha Guia da Secretaria de Estado da Saúde, dados online Lilacs e SciELO online Lilacs e SciELO, , dentre outras.

Para a efetivação do presente trabalho, será utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). A ideia é ampliar a cobertura, melhorar a forma de acompanhar, controlar e tratar os hipertensos da área de abrangência da Equipe. Para isso as operações “entendendo o hipertensão”, “Cuidar Melhor”, “Saber Mais” e “Mais Saúde” serão implantadas.

Após a revisão de literatura, será realizado o primeiro encontro com a equipe de saúde com a finalidade de apresentar o trabalho e as propostas de cronogramas para cada operação, buscando sensibilizá-los para implantação do mesmo. Nesse momento os cronogramas poderão sofrer alterações conforme desejo e real necessidade da equipe.

Os quadros abaixo mostram o produto esperado, assim como os responsáveis pela coordenação e o prazo de execução de cada operação.

Quadro 1– Entendendo o Hiperdia

Operação Entendendo o Hiperdia		
Coordenação: Enfermeira -		Avaliação semestral
Produto	Responsável	Prazo
Padronização do acompanhamento	Enfermeira e médico	3 meses para início

Para que toda a equipe, em especial os ACSs possam ser eficientes na convocação e acompanhamento dos hipertensos, os profissionais de nível superior da equipe realizará uma capacitação sobre a importância da prevenção dos problemas cardiovasculares como também da padronização pela linha guia do acompanhamento dessa clientela. Nesse momento será feito um trabalho visando a importância do trabalho em equipe, conscientização e ou sensibilização sobre a melhor forma de acompanhamento desse grupo.

Quadro 2– Cuidar Melhor

Operação Cuidar Melhor		
Coordenação: Enfermeira -		Avaliação Semestral
Produto	Responsável	Prazo
Atuação mais precisa e presente do médico na área	Enfermeira	3 meses

A ideia é que nessa operação seja buscado junto aos gestores do município, formas de maior permanência do médico na equipe, para que o mesmo possa ter maior

vínculo com a população assistida e maior domínio a cerca dos indicadores de saúde na área de abrangência da equipe.

Quadro 3– Saber Mais

Operação Saber Mais		
Coordenação: Enfermeira -		Avaliação Semestral
Produto	Responsável	Prazo
Capacitações com os Agentes comunitários de saúde e orientação nos grupos operativos	Enfermeira, médico e Dentista	3 meses

Essa operação busca conhecer mais sobre os hipertensos cadastrados na área. Para isso será implantado a ficha “B” do hipertenso, para que o ACS possa ter maior conhecimento e domínio das informações sobre todos os hipertensos de sua microárea, conseqüentemente aumentará a cobertura de hipertensos acompanhados corretamente e redução de hipertensos descompensados.

Quadro 4 – Mais Saúde

Operação Mais Saúde		
Coordenação: Enfermeira -		Avaliação Semestral
Produto	Responsável	Prazo
Mobilizar equipe do laboratório e responsáveis pela gestão em saúde do município	Enfermeira, médico	3 meses

Essa operação visa buscar junto aos gestores e laboratório municipal a implantação de uma cota de exames específica dos hipertensos, para agilizar a realização dos exames de rotina e classificação de risco dos hipertensos que ainda não foram

classificados. Buscando a evitabilidade de óbitos por causas cardiovasculares de grupo.

Os encontros para monitoramento dos cronogramas obedecerão à rotina de reuniões mensais já realizados pela equipe. A partir desse segundo encontro serão traçados as ações específicas a serem realizadas para alcance do produto de cada operação.

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados a cada seis meses, observando a eficiência e eficácia do plano de intervenção e se necessário será realizado novos ajustes em cada operação.

Para maior sucesso na implantação e monitoramento desse plano de intervenção serão utilizados os instrumentos, conforme os anexos ao final do trabalho.

5 REFERENCIAL TEORICO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.(MS, 2006)

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente, pois seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo(MS, 2006).

Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como:

- Doença cérebro-vascular;
- Doença arterial coronariana;
- Insuficiência cardíaca;
- Doença renal crônica;
- Doença arterial periférica.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado. Outro motivo da falta de controle da HAS é a baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo (MS, 206).

Modificações no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao baixo consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados. Ainda que sejam ministradas doses

progressivas de medicamentos, sem a prática das recomendações anteriores, o alcance dos níveis recomendados de pressão arterial ficará comprometido (MS, 2006).

Apesar das evidências incontestáveis, esses fatores relacionados aos maus hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da forma de abordagem, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros. (MS, 2006).

Evidências científicas demonstram que estratégias que visem modificar o estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas em uma comunidade. A redução da exposição coletiva a um determinado risco tem um efeito multiplicador positivo no controle da doença (MS, 2006).

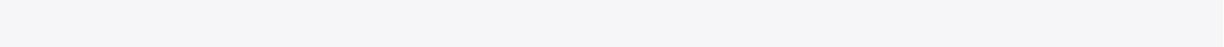
Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos (MS, 2006).

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (MS, 2006).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (MS, 2006).

Saúde da Família vem se destacando como estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Sua expansão ganhou novo impulso a partir de 1996, com a operacionalização da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 96.

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada a permanente defesa da vida do cidadão. Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Daí sua grande importância na atenção primária a saúde.



6 - PROJETO DE INTERVENÇÃO

Após a identificação do problema de pesquisa e dos nós críticos pela ESF, foi feito um desenho do plano de intervenção, conforme apresenta o quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – DESENHO DE OPERAÇÕES PARA OS “NÓS” CRÍTICOS DO PROBLEMA “DESCONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS DA ÁREA DE ABRANGENCIA DA EQUIPE ALFA”

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADO ESPERADO	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRI OS
Falta de conhecimento por parte da equipe de como realmente deve ser feito o acompanhamento do Hiperdia;	Entendendo o HIPERDIA Capacitação da Equipe Apresentação e discussão sobre a linha guia de hipertensão	Capacitar, Conscientizar e ou Sensibilizar a equipe sobre a melhor forma de acompanhamento desse grupo e padronizar o atendimento pela linha guia	. Maior qualidade de monitoramento dos hipertensos . Padronização do acompanhamento . Equipe mais preparada e sensibilizada quanto as consequências de um hipertenso que não esteja rotineiramente sendo acompanhado	Organizacionais: Para realizar a capacitação da equipe. Cognitivos: Informações sobre o tema comunicação. Político: Conseguir espaço na rádio local, materiais recursos audiovisual e

				<p>filmes.</p> <p>Financeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de folhetos educativos. -Aquisição das linhas guias
<p>Constante rotatividade do profissional médico no ano de 2013;</p>	<p>CUIDAR MELHOR</p> <ul style="list-style-type: none"> -Maior valorização profissional Realização de concurso publico Maior disponibilid.d oprofissional médico para atendimento desse grupo; 	<p>Maior permanência do médicona equipe</p> <p>Maior vínculo população e profissional</p> <p>Maior domínio do profissional médico a cerca dos indicadores de saúde na área de abrangência</p>	<p>Atuação mais precisa e presente do médico na área</p> <p>Grupos prioritários da atenção primária melhor assistida.</p>	<p>Organizacio nais:</p> <p>Organizar a agenda.</p> <p>Político:</p> <p>Articulação intersetorial (parceria com o setor de ação social, educação) mobilização social.</p> <p>Financeiros:</p> <p>aquisição de folhetos educativos.</p>

<p>Pouco domínio e conhecimento dos ACSs (Agentes Comunitários de Saúde) em relação aos registros de hipertensos</p>	<p>SABER MAIS: - Implantação da ficha "B" do hipertenso - Busca de maior precisão no registro de dados e consequentemente maior confiabilidade dos registros</p>	<p>População mais informada sobre os riscos da utilização de drogas. ACS terá maior conhecimento e domínio de informações sobre todos os hipertensos de sua microarea Maior cobertura de hipertensos acompanhados corretamente Redução do número de hipertensos descompensados</p>	<p>Capacitações com os Agentes comunitários de saúde, Trabalhar o tema nos grupos operativos já existentes,</p>	<p>Cognitivo: Informações sobre o tema, sobre as estratégias de comunicação e pedagógicas.</p> <p>Organizacionais: Organização da agenda médica.</p> <p>Político: Articulação intersetorial (parceria com o setor de educação) mobilização social.</p> <p>Financeiros: aquisição de ficha B e</p>
--	--	---	--	---

				pasta arquivo
Dificuldade de acesso para realização dos exames de rotina dos hipertensos, comprometendo o processo de classificação de risco.	<p>MAIS SAÚDE</p> <p>Implantação de uma cota de exames específica dos hipertensos</p> <p>Agilizar a solicitação dos exames de rotina para classificação de risco dos hipertensos não classificados</p>	<p>-Agilidade na realização dos exames;</p> <p>-Aumento do número de hipertensos classificados</p> <p>-Evitabilidade de óbitos por causas cardiovasculares</p>	<p>Mobilizar a equipe do laboratório</p> <p>Mobilizar os responsáveis pela gestão em saúde</p> <p>Evitar complicações cardiovasculares</p>	<p>Organizacionais: Firmar acordo com laboratório</p> <p>-</p> <p>Reorganização da agenda de exames</p> <p>Político: Articulação intersetorial (parceria com laboratório e hospital) mobilização social.</p> <p>Financeiros: Aumento de recurso para realização de exames de rotina</p>

Fonte:ESF Carbonita

Visando atender ao plano de intervenção foi criado o quadro 2, a seguir.

QUADRO 2: PROJETOS E RECURSOS CRÍTICOS

PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS
ENTENDENDO O HIPERDIA	<p>POLÍTICO: Conseguir espaço na rádio comunitária;</p> <p>FINANCEIRO: Aquisição de folhetos educativos.</p> <p>Aquisição das linhas guias</p>
CUIDAR MELHOR	<p>POLÍTICO: Conseguir espaço na rádio comunitária, articulação intersetorial (Secretaria municipal de educação Social).</p> <p>FINANCEIRO: para a aquisição de folhetos educativos.</p>
SABER MAIS:	<p>POLÍTICO: Conseguir espaço na rádio comunitária, articulação intersetorial (Secretaria municipal de educação).</p> <p>FINANCEIRO: aquisição de ficha B e pasta arquivo</p>
	ORGANIZACIONAL: Firmar acordo com laboratório

MAIS SAÚDE	<p>Reorganização da agenda de exames</p> <p>POLÍTICO: Articulação intersetorial (parceria com laboratório e hospital) mobilização social.</p> <p>FINANCEIRO: Aumento de recurso para realização de exames de rotina</p>
-------------------	---

Fonte: ESF Carbonita

O quadro 3 demonstra os projetos, seus recursos críticos e as respectivas ações estratégicas.

Quadro 3 – PROPOSTA DE AÇÕES PARA MOTIVAÇÃO DOS ATORES:

PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		AÇÃO ESTRATÉGICA
		ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	

<p>ENTENDEN DO O HIPERDIA</p>	<p>POLÍTICO: Conseguir espaço na rádio comunitária;</p> <p>FINANCEIRO: Aquisição de folhetos educativos. - Aquisição das linhas guias</p>	<p>Grupo político da oposição</p> <p>Gestor municipal de saúde</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para os responsáveis pela rádio.</p> <p>Apresentar o projeto a gestora municipal.</p>
<p>CUIDAR MELHOR</p>	<p>POLÍTICO: Conseguir espaço na rádio comunitária, articulação intersectorial (Secretaria municipal de educação Social).</p> <p>FINANCEIRO: para a aquisição de folhetos educativos.</p>	<p>Grupo político da oposição</p> <p>Gestor municipal de Ação Social</p> <p>Gestor municipal de saúde</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para os responsáveis pela rádio.</p> <p>Apresentar o projeto para o gestor.</p> <p>Apresentar o projeto para o gestor municipal.</p>

<p>SABER MAIS:</p>	<p>POLÍTICO: Conseguir espaço na rádio comunitária, articulação intersetorial (Secretaria municipal de educação).</p> <p>FINANCEIRO: aquisição de ficha B e pasta arquivo</p>	<p>Grupo político da oposição</p> <p>Gestor municipal de educação.</p> <p>Gestor municipal da saúde;</p> <p>Coordenadora da atenção primária</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para os responsáveis pela rádio.</p> <p>Apresentar o projeto para o gestor.</p> <p>Apresentar o projeto para coordenadora da atenção primária</p>
<p>MAIS SAÚDE</p>	<p>ORGANIZACIONAL: Firmar acordo com laboratório</p> <p>-</p> <p>Reorganização da agenda de exames</p> <p>POLÍTICO: Articulação intersetorial (parceria com</p>	<p>Diretor do Hospital</p> <p>Diretor do Hospital, laboratório e Secretaria Municipal de</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para diretor do hospital e laboratório</p> <p>Apresentar projeto para hospital e Secretaria Municipal de</p>

	laboratório e hospital) mobilização social.	Saúde		Saúde
	FINANCEIRO: Aumento de recurso para realização de exames de rotina	Hospital e Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar projeto para hospital e Secretaria Municipal de Saúde

Fonte: ESF Carbonita

Para avaliação e monitoramento do Plano de Ação será feito uma planilha contendo a listagem dos projetos, as ações a serem executadas, prazo e responsáveis. Essa planilha será distribuída para todos os integrantes da equipe e na reunião mensal da mesma, tal planilha será analisada e discutida, sendo parte da agenda proposta para aquela reunião do mês.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo moderno exige uma ampla gama de conhecimentos aos profissionais de saúde. A hipertensão arterial é um fenômeno mundial que aponta um longo e urgente processo de trabalho das políticas públicas de saúde. Através da prevenção e da atuação constante é possível realizar o enfrentamento desta questão.

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas.

No entanto, esperamos que esse trabalho possa fomentar as ações já desenvolvidas e dar mais um passo na consolidação do trabalho da equipe Alfa, melhorando as condições de saúde e de vida da população hipertensa da área adstrita.

Espera-se que com a implantação do Plano de intervenção direcionado aos profissionais da equipe de Saúde da Família, no acompanhamento da hipertensão dos usuários ora acompanhados, se torne mais eficiente e com maior eficácia.

Em síntese, concluímos que se pode trabalhar nesta área iniciando com o que está ao nosso alcance, de forma simples, mas com bases consistentes e com a esperança de sensibilizar todas as pessoas direta ou indiretamente ligadas com o referido trabalho e alcançar um dia a tão sonhada redução na taxa de complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão arterial.

•

REFERENCIAS

- 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.

- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p;
- 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 . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p;
- Linha Guia de Atenção a Saúde do Adulto - Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, 2013.
- (ATLAS ESCOLAR DE CARBONITA.2003).I
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.
- LINHA GUIA DE ATENÇÃO A SAUDE DO ADULTO - HIPERDIA 2013
- Cadernos de Atenção Básica “Hipertensão arterial sistêmica” nº 15 Ministério da saúde 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, Brasília, 2001.
- FERRAZ, A.S. MENEGHELLO, R.S. ARAKAKI, H. **Reabilitação cardiovascular após infarto agudo do miocárdio.** - Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo: 1.996; 2: 507-16
- **V Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial 2006 / v** brazilianguidelinesforarterialhypertension 2006. *int. j. atheroscler.*, v. 1, n. 2, p. 71-123, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA “B”

ANEXO 4 - FORMULARIO PARA REGISTRO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Av. Jamário Ribeiro, SN - Centro - Carbonita - MG
 Fone/Fax: (38) 3526-1113 - 3526-1262
 E-mail: saudecarbonita@yahoo.com.br



ESF - Equipe Alfa
Estratificação de Risco dos Hipertensos

Microárea: A01 Família: 134 Prontuário: 3549
 Nome: _____
 Endereço: _____
 DN: 16/12/78 Sexo: F M

Framingham Revisado

Preditores	Valores	Pontos
Idade	34	0
PAS não tratada		
PAS tratada	120	2
Colesterol Total	131	0
HDL	38	1
Tabagismo	Não	0
Diabetes	Sim	4
Total		7

Estimativa do risco cardiovascular: 7% "Baixo"

* Lesão de Órgão-Alvo (LOA): _____

* Condições Clínicas Associadas: Diabetes Mellitus

* Capacidade de Autocuidado: Suficiente

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GLOBAL: Risco Moderado

Profissional: _____ Data: 14/08/14

ANEXO 5 - FORMULARIO PARA REGISTRO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - DRC



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Av. Januário Ribeiro, S/N - Centro - Carbonita - MG
 Fone/Fax: (38) 3526-1113 - 3526-1262
 E-mail: saudecarbonit@yahoo.com.br



ESF - Equipe Alfa
 Estratificação de Risco da Doença Renal Crônica

Microárea: A01 Família: 134 Prontuário: 3549
 Nome: L
 Endereço: _____
 DN: 16/12/78 Sexo: F M

- Hipertensão Arterial Sistêmica
 Diabetes Mellitus

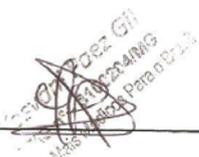
Critério	Valores
Idade	34
Sexo	F
Creatinina	0,8 mg/dl
Filtração Glomerular Estimada	87

ESTÁGIO DA DRC: II

* Capacidade de Autocuidado: suficiente

Profissional: _____

Data: 14/08/14



Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde

Quadro 85

Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento, na Atenção Primária à Saúde

Procedimento previsto	Estratificação de risco dos usuários			
	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Consulta médica	2 / anos	3 / anos	3 / anos	3 / anos
Consulta de enfermagem	2 / anos	3 / anos	2 / anos	2 / anos
Grupo operativo*	2 / anos	3 / anos	3 / anos	4 / anos
Visita domiciliar pelo ACS	6 / anos	12 / anos	18 / anos	24 / anos
Eletrocardiograma	1 / 3 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Fundoscopia	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Raios X de tórax	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano

Onde: ACS = agente comunitário de saúde. * Cada grupo operativo é executado minimamente em 4 sessões.

QUADRO 86
Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão
arterial sistêmica, por estrato e exame laboratorial, na Atenção Primária à Saúde

Exame	Estratificação de risco dos usuários			
	Baixo	Moderado	Alto	Muito alto
Glicemia de jejum	1 / 3 anos	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano
Creatinina	1 / ano	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Potássio	1 / ano	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Colesterol total	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Colesterol frações	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Triglicérides	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Urina rotina	1 / ano	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Microalbuminúria	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Hemoglobina ou hematócrito	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano	1 / ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2012.⁴