



## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DE ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE**

**IMPLANTAÇÃO DA LINHA GUIA PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UBS DO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DA VARGEM ALEGRE**  
**ALUNA: LÍVIA JOYCE BARBIERI FORTINI**  
**ORIENTADOR: TERESA CRISTINA SOARES**

### **1) Introdução**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica as condições de saúde em agudas e crônicas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma condição crônica de saúde (MINAS GERAIS, 2013).

Mendes (2011) elaborou um modelo de atenção às condições crônicas para ser utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS), denominado Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Segundo este modelo, a organização do processo de trabalho das equipes de saúde deve exercer ações desde o nível de promoção da saúde até o nível de gestão de casos.

De acordo com Minas Gerais (2013, p.21-22):

Relacionados ao nível 1, as intervenções de promoção da saúde devem ser aplicadas na população total e estão relacionadas com a educação, distribuição de renda, trabalho, habitação, lazer e saneamento, sendo necessário realizar parcerias intersetoriais para obter um resultado satisfatório. As intervenções do nível 2 têm como principais ferramentas as ações que estimulam o comportamento e o estilo de vida saudáveis tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Nesse nível a equipe de saúde deve realizar o rastreamento das subpopulações com fatores de risco para HAS, como tabagistas, sobrepeso e obesidade, sedentários, usuários excessivos de álcool e com alimentação inadequada. No nível 3, atende os usuários com fatores de risco biológicos e condições crônicas, com baixo e médio risco, onde a atenção primária deve realizar ações relacionadas ao tratamento da condição crônica e de rastreamento das complicações da HAS. Já nos níveis 4 e 5, atende os usuários com condições complexas e muito complexas, onde são freqüentemente acometidos por complicações dessas condições, sendo necessário o manejo do caso de maneira individualizada e com apoio de profissionais especialistas. Dos níveis 2 ao 5, o cuidado em saúde deve ser destinado também ao autocuidado do usuário, papel importante nesse processo apoiado pela equipe de saúde e o cuidado profissional. O cuidado profissional é mais relevante quanto maior a complexidade da condição crônica na subpopulação abordada e o autocuidado apoiado deverão representar a mais eficaz, efetiva e eficiente fração da atenção à saúde disponibilizada mediante menor complexidade da condição crônica abordada ou mesmo uma subpopulação com fator de risco.



A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é causada por vários fatores caracterizada por aumento dos níveis pressóricos que podem estar associados às alterações de órgãos-alvo gerando um maior risco de eventos cardiovasculares. O rastreamento dessa doença crônica deve ser realizada em adultos com uma aferição anual e em crianças menores de três anos em todas as avaliações e a partir daí uma vez ao ano. O diagnóstico se dá quando a pressão arterial está igual ou maior que 95 e em adultos se baseia em uma média de duas ou mais aferições. Para confirmar a presença da doença é necessário pesquisar os fatores de risco cardiovascular, doenças associadas e lesões em órgãos-alvo. O tratamento quando não medicamentoso inclui alterações no estilo de vida como a realização de atividades físicas, a redução da ingestão de sal e bebidas alcoólicas e a suspensão do tabagismo. Quando se refere a tratamento medicamentoso, será de acordo com a avaliação médica (MINAS GERAIS, 2013).

A Escala de Framingham está relacionada à estratificação de risco cardiovascular, onde ocorre a soma de pontos associados à idade, colesterol total e HDL, pressão sistólica não tratada e tratada. Dessa forma, ocorre a prevenção e promoção à saúde com uma abordagem multiprofissional.

Existem fatores de risco como idade, sexo, tabagismo, diabetes para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Para estimar o risco cardiovascular, foi elaborada uma avaliação denominada de Escore de Framingham (TABELA 01 e 02), que utiliza uma tabela, de acordo com o sexo, com pontos para a idade, colesterol total, HDL, pressão arterial sistólica tratada e não tratada, tabagismo e diabetes. Através da soma desses pontos, estima-se o risco cardiovascular (TABELA 03 e 04), variando de baixo risco, moderado risco e alto risco (TABELA 05).

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, definiu a Escore de Framingham como a recomendada para realização da estratificação de risco cardiovascular em usuários com hipertensão arterial.

A implantação de uma Linha Guia para Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde, estrutura e organiza o processo de trabalho, possibilitando um impacto significativo para melhoria da qualidade de vida desses usuários.



## 2) Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

São Sebastião da Vargem Alegre é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, pertencente à mesorregião da Zona da Mata e à microrregião de Muriaé. Em 21 de dezembro de 1995 pela lei Estadual nº12030 o distrito, passou a ser o Município de São Sebastião da Vargem Alegre por desmembramento da cidade de Mirai – MG. Ele ocupa uma das menores áreas de Minas Gerais: 74 km<sup>2</sup> cortado por serras e banhado pelo Rio Preto. De acordo com o censo de 2010 a população residente era de 2.798 habitantes. Com esse número de habitantes, existe somente uma equipe de Saúde da Família, que abrange 100% da população (SÃO SEBASTIÃO DA VARGEM ALEGRE, 2014).

São cadastrados na Unidade Básica de Saúde, 501 hipertensos. Com um número crescente de pessoas com essa patologia crônica, devido os fatores de risco como sedentarismo, obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, torna-se necessário o acompanhamento mais assíduo, sendo importante a implantação de um instrumento que guie a organização da assistência na atenção primária à saúde, executando o atendimento preconizado para essa doença crônica. Inicia-se realizando levantamento do real número de hipertensos e, conseqüentemente, descobrindo também portadores de diabetes e doentes renais crônicos ocultos nessa população. Além disso, pode-se, estabelecer critérios para referência da assistência secundária e terciária proporcionando uma melhor qualidade de vida a esses usuários e controle da doença. Por isso a necessidade da implantação da Linha Guia elaborada pela Secretaria Estadual de Saúde para hipertensos.

A organização do processo de trabalho na equipe de saúde, seguindo o modelo de atenção proposto, estabelece as responsabilidades da Atenção Primária à Saúde (APS) e, quando o grau de complexidade dessa enfermidade exigir cuidado especializado, delinea caminhos, como a referência para o Centro Hiperdia, no município de Muriaé, para casos que exijam atenção secundária e terciária. Deve



comportar ações desde prevenção do surgimento de HAS até a garantia do cuidado integral ao usuário com essa condição crônica possíveis de serem realizadas em nosso município com consultas multidisciplinares (médico, enfermeiro, nutricionista) e grupos operativos feitos por membros da equipe de saúde da família.



### **3) Objetivo Geral**

- Implantar a linha guia para hipertensão arterial sistêmica elaborada pela Secretaria de Estado de Minas Gerais na UBS Elza Ramos de Souza no município de São Sebastião da Vargem Alegre – MG.

#### **3.1) Objetivos Específicos**

- Realizar busca ativa de hipertensos do município através da classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual;
- Cooperar com o plano de cuidado a ser elaborado pela atenção secundária à saúde e acompanhá-lo para os hipertensos de alto e muito alto risco.

#### 4) Metodologia

Seguem as etapas do Plano de Ação:

- Apresentar o projeto ao gestor municipal de saúde para aprovação da realização do trabalho em questão para os usuários com hipertensão arterial do município, agendando uma reunião;
- Reunir na própria unidade, com os onze profissionais, entre eles médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, da única Unidade Básica de Saúde, executada pela enfermeira para apresentação da proposta;
- Promover, através da enfermeira, capacitação de todo trabalho a ser executado, definindo as etapas com os profissionais médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde;
- Realizar levantamento, através dos agentes comunitários de saúde, dos hipertensos de todo o município de São Sebastião da Vargem Alegre - MG, para agendamento de consulta médica e solicitação e exames laboratoriais;
- Realização do diagnóstico, através de consulta médica, por meio de intervenção dos usuários com fatores de risco, para possíveis hipertensos ocultos na população deste município;
- Realização do cadastramento no sistema de informação utilizado pela Estratégia de Saúde da Família, através dos agentes comunitários de saúde, desses usuários com a condição crônica de hipertensão;
- Realização do agendamento médico, através dos agentes comunitários de saúde, considerando a primeira consulta para usuários com hipertensão arterial do município de São Sebastião da Vargem Alegre;
- Realização da classificação de risco cardiovascular através da avaliação Escore de Framingham;
- Realização do acompanhamento desses hipertensos através de consultas multiprofissionais, com clínico geral, enfermeiro e nutricionista e grupos operativos realizados com os profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) dentre eles, fonoaudióloga, fisioterapeuta e psicóloga;



- Elaborar e acompanhar, através do médico e enfermeira da UBS, a execução do plano de cuidados, realizando as adequações conforme necessidade para hipertensos de baixo e moderado risco;
- Realizar o encaminhamento pelo médico, para o Centro Hiperdia, no município de Muriaé, do usuário para atenção secundária no caso de hipertensos de alto e muito alto risco;
- O monitoramento/avaliação será efetuado mensalmente com a equipe de saúde da UBS e semestralmente em parceria com a Secretaria Regional de Saúde, através de verificação dos agendamentos e realização das consultas médicas e de enfermagem, realização da estratificação de acordo com a possibilidade da liberação de exames laboratoriais pelo município, grupos operativos e encaminhamentos para atenção secundária e terciária quando necessário.



## 5) Resultados Esperados

Através da organização do processo de trabalho da equipe de saúde da Unidade Básica, com a implantação da linha guia para hipertensão arterial, espera-se que o atendimento seja de uma forma mais precisa com a prevenção do surgimento da HAS e garantia de um cuidado integral ao usuário com essa condição crônica do município de São Sebastião da Vargem Alegre, pois esse instrumento subsidia o processo de trabalho da equipe de saúde alinhando a maneira correta de atendimento, acompanhamento e rastreamento desses usuários e permite a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos disponíveis e da equidade na atenção aos portadores dessa doença crônica.

Acredito que a atenção à saúde de forma programada possibilitará uma melhor adesão ao tratamento e a prevenção das complicações, da ocorrência de agudização dessa condição crônica, da hospitalização e da mortalidade.

Trata-se de uma situação cujo resultado será alcançado com esforço e empenho da gestão municipal de saúde e a equipe de estratégia de saúde da família, unindo mudanças estruturantes e saberes para reorganização do processo de trabalho e dos serviços de saúde.

## 6) Cronograma

CRONOGRAMA						
Objetivo Geral	Organizar a assistência para os hipertensos de acordo com o atendimento preconizado pela Linha Guia elaborada pela Secretaria de Estado de Minas Gerais na UBS Elza Ramos de Souza no município de São Sebastião da Vargem Alegre - MG					
Atividades	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Busca ativa de hipertensos do município	X	X	X			
Diagnóstico por meio de investigação dos usuários			X	X		
Cadastramento desses usuários com a condição crônica de hipertensão			X	X		
Agendamento médico considerando a primeira consulta			X	X	X	X
A classificação de risco cardiovascular		X	X	X		
Acompanhamento dos usuários cadastrados			X	X	X	X
Elaborar e acompanhar a execução do plano de cuidados				X	X	X
Encaminhamento do usuário para atenção secundária				X	X	
Cooperar com o plano de cuidado a ser elaborado pela atenção secundária à saúde					X	X

## 7) Orçamento

<b>Tabela 01 – Orçamento Proposto</b>				
<b>ORÇAMENTO</b>			<b>CUSTO</b>	
<b>ITEM</b>	<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>UNITÁRIO</b>	<b>TOTAL</b>
1	Papel A4	05 pacotes	R\$ 9,00	R\$ 45,00
2	Lápis	15 unid.	R\$ 0,50	R\$ 7,50
3	Caneta esferográfica azul	01 caixa	R\$ 1,00	R\$ 100,00
4	Caneta Pilot verde, laranja e vermelha	15 unid.	R\$ 0,80	R\$ 12,00
5	Xerox	500 unid.	R\$ 0,25	R\$ 125,00
6	Exames laboratoriais	800 exames	R\$ 5,00	R\$ 4.000,00
7	Coffee Break	100 unid.	R\$ 10,00	R\$ 1.000,00
6	Computador e impressora disponível da Prefeitura	*	*	*
7	Data show disponível da Prefeitura	*	*	*
8	Caixa de Som disponível da Prefeitura	*	*	*
9	Microfone disponível da Prefeitura	*	*	*
<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 5.289,50</b>

O financiamento será realizado pela Prefeitura Municipal de São Sebastião da Vargem Alegre/Secretaria Municipal de Saúde.



## 8) Referências

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

MINAS GERAIS, Secretaria Estadual de Saúde. **Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. 3ª edição. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

MINAS GERAIS, Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Saúde. **Estratificação de Risco**. 2012. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/hiperdia-minas](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/hiperdia-minas). Acesso em: 29 abril 2016.

MENDES, Eugênio Villaça. **As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceitos e elementos constitutivos**. 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 61.

MENDES, Eugênio Villaça. **As mudanças na atenção à saúde e a gestão da clínica**. 2ª edição. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 293.

PEREIRA, M. et al. **Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries**. *J Hypertension*, v. 27, n. 5, p. 963–975, 2009.

ROSÁRIO, T. M. et al. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT**. *Arq Bras Card*, p. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SÃO SEBASTIÃO DA VARGEM ALEGRE, Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação em Saúde**. SÃO SEBASTIÃO DA VARGEM ALEGRE: SMS; 2014.

## 09) Apêndice

### FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO

NOME: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO	DN	IDADE	PA	FAZ TRATAMENTO PARA HAS?	FUMA?	TEM DIABETES?	CLASSIFICAÇÃO DA HAS?	CAPACIDADE AUTO-CUIDADO?

#### EXAMES PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

COLESTEROL TOTAL	LDL	VLDL	HDL	TRIGLICÉRIDES	GLICEMIA JEJUM	CREATININA	HBA1C	EAS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR: \_\_\_\_\_

CONSULTAS	PROFISSIONAL	GRUPO OPERATIVO	ECG	RX TÓRAX	GLICEMIA JEJUM	COL. T.	HDL	LDL	VLDL	CRE	EAS

**TABELA 01**

**Escore de Framingham revisado para homens**

PONTOS	IDADE	HDL	COLESTEROL TOTAL	PAS NÃO TRATADA	PAS TRATADA	TABAGISMO	DIABETES
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		SIM
4			280+		140-159	SIM	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

Fonte: D'Agostino et al., 2008.

**TABELA 02**

**Escore de Framingham revisado para mulheres**

PONTOS	IDADE	HDL	COLESTEROL TOTAL	PAS NÃO TRATADA	PAS TRATADA	TABAGISMO	DIABETES
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	SIM	
4	40-44		240-279	150-159			SIM
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		

8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						

Fonte: D'Agostino et al., 2008.

**TABELA 03**

**Estimativa do risco Cardiovascular para Homens**

Pontos	Risco Cardiovascular % (10 anos)
Menor ou igual a -3	<1
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,6
14	18,4
15	21,6
16	25,3
17	29,4
18+	Maior que 30

Fonte: D' Agostinho et. al, 2008.

**TABELA 04**  
**Estimativa do risco Cardiovascular para Mulheres**

Pontos	Risco Cardiovascular % (10 anos)
<b>Menor ou igual a -2</b>	<b>&lt;1</b>
-1	1
0	1,2
1	1,5
2	1,7
3	2
4	2,4
5	2,8
6	3,3
7	3,9
8	4,5
9	5,3
10	6,3
11	7,3
12	8,6
13	10
14	11,7
15	13,7
16	15,9
17	18,5
18	21,5
19	24,8
20	28,5
21+	<b>Maior que 30</b>

Fonte: D' Agostinho et. al, 2008.

**TABELA 05****Classificação de Risco Global segundo Escore de Risco de Framingham  
revisado com prevalências estimadas para Minas Gerais**

<b>Categoria</b>	<b>Risco de evento cardiovascular maior</b>	<b>Prevalência estimada</b>
<b>Baixo</b>	<b>&lt; 10% em 10 anos</b>	<b>40%</b>
<b>Moderado</b>	<b>10% a 20% em 10 anos</b>	<b>35%</b>
<b>Alto</b>	<b>&gt; 20% em 10 anos</b>	<b>25%</b>

**Fonte:** D' Agostinho et al. 2008 e Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria do Estado de Minas Gerais.