



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Sintia Mara Haito

**Implantação da classificação de risco cardiovascular
na equipe São José em Nova Mamoré/Rondônia**

**Porto Velho
2019**

Sintia Mara Haito

**Implantação da classificação de risco cardiovascular
na equipe São José em Nova Mamoré/Rondônia**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Edson dos Santos Farias

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Porto Velho

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

H153i Haito, Sintia Mara.

Implantação da classificação de risco cardiovascular na equipe São José
Em nova Mamoré/Rondônia / Sintia Mara Haito. -- Porto Velho, RO, 2019.

57 f. : il.

Orientador(a): Prof. Dr. Edson dos Santos Farias

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação
Universidade Federal de Rondônia

1.Hipertensão Arterial. 2.Atenção Básica á Saúde . 3.Fatores de Risco. I.
Farias, Edson dos Santos. II. Título.

CDU 616.1(811.1)

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça

CRB 11/905

Sintia Mara Haito

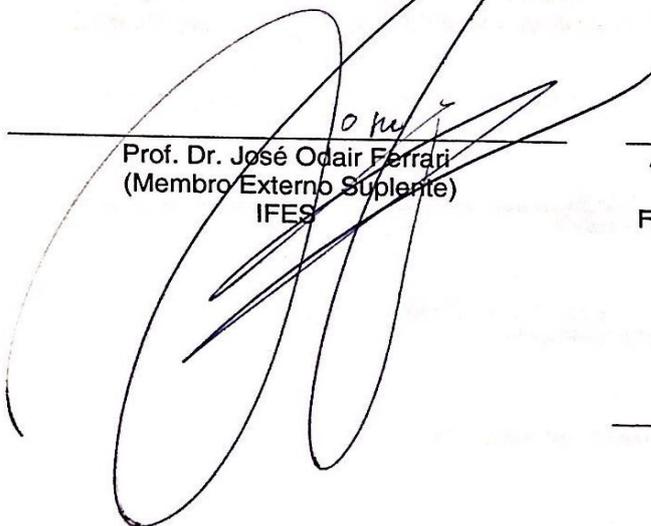
Dissertação nº 03/2019

**Implantação da classificação de risco cardiovascular
na equipe São José em Nova Mamoré/Rondônia**

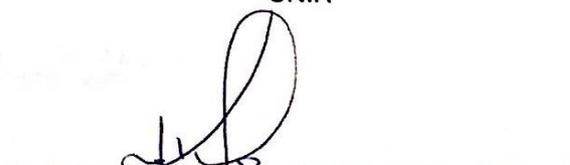
Esta Dissertação foi apresentada em 29/04/2019, às 14h, ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, área de concentração em Saúde da Família, linha de pesquisa em Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis, da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR/ProfSaúde) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. O candidato foi arguido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo citados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.


Prof. Dr. Jeanne Lúcia Gadelha Freitas
(Membro Externo titular)
IFES


Prof. Dr. Kátia Fernanda Alves Moreira
(Membro titular/PROFSAÚDE)
IFES


Prof. Dr. José Odair Ferrari
(Membro Externo Suplente)
IFES


Prof. Dr. Edson dos Santos Farias
Orientador PROFSÚDE
Fundação Universidade Federal de Rondônia
UNIR


Prof. Dra. Kátia Fernanda Alves Moreira
Coordenadora PROFSÁUDE/UNIR

*Aos meus pais,
que sempre fizeram o melhor
para meu crescimento profissional e pessoal.*

*Aos meus filhos,
que eu possa incentivá-los e acompanhá-los
até os meus últimos dias de vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que me deu energia e sabedoria para concluir todo este trabalho.

A minha família, pelo incentivo diário, mesmo diante de tantas dificuldades no meu caminho, e por sempre me ajudar a não desistir nunca.

Aos meus colegas de classe, que participaram das pesquisas, o meu muito obrigado. Fomos incentivadores uns dos outros. Foi um prazer conhecê-los.

Aos meus professores, pelos conhecimentos passados e por acreditarem em nosso crescimento profissional.

Ao meu orientador, pela paciência e dedicação incansáveis. Mesmo diante das dificuldades diárias, nunca desistiu no incentivo ao objetivo final. Pelas horas de sono perdidas e por acreditar que nós sempre buscamos o melhor para nossos pacientes.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte desta etapa decisiva em minha vida.

*Os homens são livres
- diferentemente de possuírem o dom da liberdade -
enquanto agem, nem antes, nem depois;
pois ser livre e agir são uma mesma coisa.*

Hannah Arendt (1968, p. 199)

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência, acometendo cerca de sete milhões de pessoas no mundo, considerada um problema de saúde pública. Os fatores de risco, como perfil sociodemográfico, comportamental, antropométrico, bioquímico e de saúde, possibilitam programas de medidas intervencionistas na promoção à saúde e melhor qualidade de vida. O Programa de Saúde da Família atua, de forma estratégica, na prevenção e no tratamento da hipertensão e seus fatores de risco. Baseado no exposto acima, o objetivo do estudo foi organizar o fluxo de atendimento aos hipertensos pela equipe São José, pertencente à Unidade Básica de Saúde Eleniza Félix do Carmo, em Nova Mamoré, Rondônia. Foram cadastrados pelas agentes comunitárias de saúde da equipe 111 hipertensos de ambos os sexos, na faixa etária de 30 a 74 anos de idade, durante o período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019. O estudo foi composto de quatro etapas: treinamento da equipe, aplicação do questionário, exame antropométrico e bioquímico. Durante o processo, ocorreram perda e recusa de 50,5%, finalizando a amostra com 55 usuários. A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística por conveniência. A prevalência dos valores pressóricos dos pacientes hipertensos cadastrados, no momento da aferição da hipertensão arterial, foi descontrolada 76,4%. As prevalências (%) das características sociodemográficas dos pacientes cadastrados com hipertensão não controlada foram maiores no sexo masculino (80%), meia idade (78,6%), ensino médio (87,5%), servidor público (87,5%), aposentado (80,0%), renda familiar inferior a três salários mínimos (79,2%), casado (81,8%) e da raça branca (92,9%). As prevalências (%) das características comportamentais foram mais acentuadas nos fumantes (78,3%), alcoolistas (84,6%), inativos (79,1%), ansiosos intensos (88,9%), com histórico familiar de hipertensão (82,5%) e tempo de hipertensão maior ou igual a 10 anos (80,0%). As maiores prevalências (%) de usuários com hipertensão não controlada foram os classificados obesos (77,8%), com risco cardiovascular (77,4%), glicemia elevada (88,9%), colesterol total elevado (81,5%), LDL elevado (80,0%), HDL baixo (76,7%), triglicerídeo elevado (80,0%) e os classificados como risco cardiovascular alto (87,0%). As medidas de ureia e creatinina, respectivamente, apresentaram 80,0% e 100% nos valores normais nas amostras analisadas. Foi implantado um fluxograma para atendimento dos hipertensos do território classificados pela equipe, prevendo maior organização no atendimento prestado. Utilizando os critérios de Framingham como classificação de risco cardiovascular por meio de instrumento, um cartão, que identifica o paciente em baixo risco (cor verde), risco moderado (cor amarela) e alto risco (cor vermelha). Assim organizados para os retornos necessários, com profissionais já pré-determinados, evitando filas e desorganização na assistência prestada pela equipe. Espera-se que os resultados observados neste estudo possam ser utilizados pela gestão municipal no planejamento de melhoraria no atendimento aos portadores de hipertensão, com organização mais adequada no atendimento a estes usuários.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Atenção Básica à Saúde. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Hypertension is a disease of high prevalence, affecting about seven million people in the world, considered a public health problem. Risk factors such as sociodemographic, behavioral, anthropometric, biochemical and health profile, allow programs of interventional measures in health promotion and better quality of life. The Family Health Program acts strategically in the prevention and treatment of hypertension and its risk factors. Based on the above, the objective of the study was to organize the flow of care to hypertensive patients by the São José team belonging to the Eleniza Félix do Carmo Basic Health Unit in Nova Mamoré, Rondônia. A total of 111 hypertensive patients of both sexes, aged 30 to 74 years, were enrolled by the community health agents of the team during the period from November 2018 to February 2019. The study was composed of four stages: team training, application of the questionnaire, anthropometric and biochemical examination. During the process, the losses and refusals of 50.5% occurred, finalizing the sample with 55 users. The sampling technique used was non-probabilistic for convenience. The prevalence of pressure values in hypertensive patients enrolled at the time of arterial hypertension assessment was 76.4% uncontrolled. The prevalence (%) of the sociodemographic characteristics of the patients registered with uncontrolled hypertension were higher in males (80%), middle-age (78.6%), high school (87.5%), %, retired (80.0%), family income less than three minimum wages (79.2%), married (81.8%) and white (92.9%). The prevalence (%) of behavioral characteristics with hypertension was more pronounced in smokers (78.3%), alcoholics (84.6%), inactive (79.1%), intense anxious (88.9%) of hypertension (82.5%) and time of hypertension greater than or equal to 10 years (80.0%). The highest prevalence (%) of users with uncontrolled hypertension were those classified as obese (77.8%), with cardiovascular risk (77.4%), high glycemia (88.9%), high total cholesterol (81,5%), High LDL (80.0%), low HDL (76.7%), high triglyceride (80.0%), high cardiovascular risk (87.0%). Measurements of urea and creatinine, respectively, presented 80.0% and 100%, in the normal values in the samples. A flow chart was implemented to assist the hypertensive patients in the territory classified by the team, providing for a greater organization in the care provided. Using the Framingham criteria as a cardiovascular risk classification by instrument, a card, which identifies the patient at low risk (green color), moderate risk (yellow color) and high risk (red color). Thus organized for the necessary returns, with already predetermined professionals, avoiding queues and disorganization in the assistance provided by the team. It is hoped that the results observed in this study can be used by municipal management, in the planning of improvement in the care of patients with hypertension, with more adequate organization in the care of these users.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Risk Factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Área adscrita da equipe da atenção à Saúde da Família.....	23
Figura 2 - Árvore explicativa dos problemas relacionados ao acolhimento	26
Figura 3 - Frequência (%) de valores pressóricos dos pacientes hipertensos com a pressão arterial sistêmica (HAS) controlada e não controlada no município de Nova Mamoré-RO (2018 – 2019)	37
Figura 4 - Fluxograma da classificação de risco cardiovascular para pacientes com HAS na Unidade de Saúde São José, Nova Mamoré-RO (2019)	41
Figura 5 - Modelo do cartão de cadastro de classificação de risco cardiovascular para usuários com HAS da unidade de saúde São José no município de Nova Mamoré-RO (2019)	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Plano de ação no processo de desenvolvimento do estudo de intervenção de riscos cardiovasculares em Nova Mamoré.35

Quadro 2 - Indicadores de atividade, indicadores de processo e meio de verificação da equipe de saúde do estudo em Nova Mamoré-RO (2019)36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalências (%) das características sociodemográficas dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada da equipe São José no município de Nova Mamoré-RO (2018 – 2019)38

Tabela 2 - Prevalências (%) das características dos dados comportamentais dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) controlada e não controlada da equipe São José no município de Nova Mamoré-RO (2018 - 2019) ..39

Tabela 3 - Prevalência (%) de casos dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por classificação e categorização das variáveis antropométricas e bioquímicas do grupo não controlado da equipe São José, Município de Nova Mamoré-RO (2018 - 2019).....40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DM	Diabetes Mellitus
DAP	Doença Arterial Periférica
DRC	Doença Renal Crônica
EF	Escore Framingham
ERF	Estratificação de Risco Cardiovascular
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de massa corporal
KM	Quilômetros
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Sistêmica
PSF	Programa Saúde da Família
RCQ	Relação Cintura Quadril
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	18
2.2 AVALIAÇÃO DE PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)	20
3 ANÁLISE DA SITUAÇÃO	23
3.1 PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS: ÁRVORE DE PROBLEMAS (e os NÓS CRÍTICOS)	26
4 METODOLOGIA	27
4.1 METAS (MENSURÁVEL, ESPECÍFICA, TEMPORAL, ATINGÍVEL)	33
5 PLANO DE AÇÃO	34
6 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	36
7 RESULTADOS	37
8 DISCUSSÃO	42
9 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR	51
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS.....	53
APÊNDICE D - FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO	54
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	55
ANEXO 2 - ATA DE DEFESA PÚBLICA.....	56
ANEXO 3 - DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR.....	57

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).

A HAS mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) fatal e não fatal, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016).

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV), (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (PASSOS; ASSIS; BARRETOS, 2006).

Alguns autores, como Zangirolani *et al.* (2018) e Malta *et al.* (2014), enfatizam que a HAS somente passa a provocar sintomas quando os órgãos alvo começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Entretanto, tais alterações não são precoces e surgem, geralmente, após mais de dez anos de presença da doença, através de complicações graves, fato justificado pela evolução assintomática que a HAS apresenta.

A abordagem do hipertenso deve levar em conta características de cada indivíduo, como a coexistência de outros fatores de risco e lesões de órgãos-alvo. (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A estratificação do risco cardiovascular do hipertenso vai além da mera adequação dos níveis pressóricos, baseando-se também nos fatores de risco associados, sendo essa uma maneira de calcular o risco cardiovascular global e projetar o risco de um indivíduo ao longo do tempo, com vistas à redução da mortalidade por DCV (SIMÃO; PRÉCOMA; ANDRADE *et al.*, 2016)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como sua responsabilidade, no âmbito da atenção básica, realizar ações que busquem o controle da hipertensão por meio de estratégias preventivas e com uso de medicamentos, atuando nos diversos fatores que podem causar a doença. Portanto, a implantação de medidas de prevenção da hipertensão é um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde, principalmente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que atende grande parte dos brasileiros hipertensos. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias nas campanhas de saúde pública.

O Ministério da Saúde (2006) propõe a utilização da estratificação para definir o prognóstico e a conduta na abordagem do hipertenso na atenção primária. Recomenda a utilização do Escore de Framingham (EF) nessa rotina, pois este tem sido aplicado com sucesso em várias populações atendidas. Esta classificação de risco é uma escala que busca estimar o risco de um evento cardiovascular para o paciente avaliado, a partir de algumas variáveis pré-estabelecidas, observado que a maioria dos fatores de risco utilizados nessa estratificação é frequente na população brasileira.

Dada a importância de uma abordagem individualizada e baseada nas necessidades e fatores de risco apresentados pelos pacientes, tem-se, na estratificação do risco cardiovascular, importante ferramenta para o planejamento assistencial e adequação das medidas a serem alcançadas tanto pelo paciente como pela equipe multidisciplinar (MENDEZ *et al.*, 2018).

Uma das maiores dificuldades verificadas no atendimento aos pacientes hipertensos é a falta de adesão ao tratamento. Fator este observado pela dificuldade na busca por atendimento na unidade, muitas vezes pelo fluxo exagerado de pacientes de demanda livre, de forma desordenada, ou seja, sem agendamento ou programação prévia para as consultas diárias.

A partir dessa observação diária, percebeu-se que os problemas mais comuns encontrados no público de hipertensos são:

- Tratamentos para hipertensão arterial sistêmica sem estratificação de risco cardiovascular desse público alvo;
- Ausência de pacientes nas consultas de retorno para acompanhamento correto da doença;
- Exames laboratoriais solicitados sem periodicidade padrão estabelecidas;
- Busca por renovação das receitas sem qualquer interesse em avaliação da pressão arterial para acompanhamento do tratamento estabelecido;
- Busca por atendimento nas unidades quando descompensados e apresentando sintomas inerentes a hipertensão arterial;

A HAS é uma doença que acomete grande parte da população, e o seu crescimento deve-se a vários fatores de risco que propiciam ao seu aparecimento, apresentando-se cada vez mais em populações mais jovens, constituindo-se a segunda causa de morte entre a faixa etária de 45-64 anos e a terceira entre 25-44 anos (CAVAGIONI *et al.*, 2009). Seu adequado controle observado por meio de ações mais efetivas no sistema da atenção primária deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de reduzir a prevalência da doença (TACON; SANTOS; CASTRO, 2010).

Considerando que estes problemas demonstrados são de resolubilidade primordial pela ESF, surgiu a ideia de proposta para elaboração do projeto de intervenção para melhorar o fluxo de atendimento aos portadores de HAS na Unidade Básica de Saúde no município de Nova Mamoré, Rondônia.

Para o desenvolvimento do trabalho, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Organizar o fluxo de atendimento aos hipertensos da equipe São José por meio da aplicação da classificação de risco para doenças cardiovasculares

Objetivos Específicos:

Capacitar à equipe em relação ao uso do fluxograma e escore proposto;

- a) Caracterizar os pacientes cadastrados hipertensos, da área territorial pertencente à equipe;
- b) Classificar os hipertensos cadastrados conforme escore de Framingham, quanto ao risco cardiovascular;

- c) Propor implantação de fluxograma para atendimento dos hipertensos classificados pela equipe, prevendo maior organização no atendimento prestado.

O tema escolhido justifica-se devido ao fato da classificação de risco cardiovascular não estar inserida na rotina de avaliações dos hipertensos atendidos na unidade. Um dos fatores mais importantes, que hoje não se dispõe dentro do território, é o conhecimento dos casos existentes, tanto em termos quantitativos, quanto em termos das complicações provocadas pela doença, assim como a classificação em que estes pacientes se encontram.

Os serviços de saúde também ganham dessa forma, pois, utilizando o tratamento certo para cada tipo de hipertensão, serão fornecidos os medicamentos a serem utilizados de forma mais precisa, em que os profissionais de saúde podem gerenciar melhor o atendimento a pacientes acometidos pela doença.

Com a implantação deste trabalho, pretende-se identificar os casos, organizar o atendimento de cada paciente, buscando classificar seus riscos cardiovasculares, para assim evitar falha e desorganização no tratamento entre usuários que frequentam a unidade.

A unidade de saúde Eleniza Felix do Carmo apresenta um número elevado de hipertensos em busca por atendimento médico e de enfermagem diariamente, observado pela equipe, que não dispunha de métodos de controle nos cuidados prestados a este grupo.

Este estudo pretende demonstrar a importância da estratificação e que existem diversos fatores de risco utilizados no escore de Framingham, os quais estão presentes nos hipertensos assistidos pela equipe em foco. Tais fatores, depois de identificados e quantificados, poderão gerar abordagens futuras, provocando mudanças na história da doença desses pacientes.

Além disso, propõe-se montar uma estratégia de organização, para melhoria no atendimento prestado a este público, de acordo com a classificação de risco encontrada nas avaliações individuais, com a utilização de um fluxograma durante a busca por atendimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Criado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da luta de movimentos sociais de profissionais da saúde e população, com o propósito de buscar mudanças no modelo de atenção à saúde.

A Constituição Federal de 1988, na Seção “Da Saúde”, define: “A saúde é direito de todos e dever do estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p.1).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi proposta pelo Ministério da Saúde em 1994, inicialmente nominada como Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de propor mudanças no modelo assistencial de saúde vigente, pelo fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e a população através da delimitação da região geográfica e adstrição da clientela, permitindo, assim, aos profissionais de saúde, a compreensão do processo de saúde/doença da população de sua área de abrangência e facilitando a elaboração de proposta de intervenção para melhoria da assistência à saúde (BRASIL, 1997).

A ESF é considerada a porta de entrada do usuário ao serviço de saúde, prestando assistência contínua nos diferentes ciclos de vida do cidadão. A equipe é composta por uma equipe multiprofissional que realiza as ações de promoção, proteção e reabilitação assim como os serviços de referência para os demais níveis de saúde (BRASIL, 1997).

O HiperDia foi criado em março de 2002 (Portaria nº 371/GM), por um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O programa objetiva atacar a fundo o problema, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde/SUS. Constitui-se um instrumento de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos com as funções de

vincular o paciente à ESF de sua referência, realizar uma assistência contínua e de qualidade e fornecer medicamentos de maneira regular. Como dito anteriormente, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade da população brasileira, sendo a HAS e o DM as duas principais doenças relacionadas como fatores de risco. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012)

O programa HiperDia é um sistema de cadastramento e acompanhamento da HAS e DM que, em médio prazo, definirá o perfil epidemiológico da população atendida e que proporcionará mudanças do quadro de saúde atual, melhorando a qualidade de vida da população e diminuindo o custo social acarretado por essas doenças (CUNHA, 2009).

Segundo Mendes (2008), as elevações da pressão sanguínea são observadas durante o ciclo de vida. Nas pessoas com mais de 60 anos, a prevalência para desenvolver hipertensão é de 60%. Com o envelhecimento, ocorrem alterações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência de doença, que fazem aumentar a prevalência de pressão sanguínea elevada.

Sua incidência tende a crescer nos próximos anos, não só pelo aumento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de vários fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e o consumo de álcool (BLANCO, 2014).

Segundo Cunha (2009), o diagnóstico precoce dessas doenças pode evitar complicações futuras. Nesse sentido, a ESF tem o papel fundamental em trabalhar com ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, proporcionando qualidade de vida e redução de danos à população, evitando, assim, as hospitalizações e consequentes gastos do SUS.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença altamente prevalente na população adulta, considerada um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular. No entanto, apesar dos avanços em seu tratamento, nas últimas décadas, os índices de controle pressórico adequado ainda são considerados baixos em diversos países, inclusive no Brasil, sendo comum o indivíduo com hipertensão arterial sistêmica procurar os serviços de pronto-atendimento motivados por pressão arterial elevada, decorrente, em geral, de inadequado controle ambulatorial (BARRETO; MARCON, 2013).

O controle da hipertensão arterial não é tarefa fácil, pois seu caráter crônico-insidioso contribui para a não adesão ao tratamento. Nessa perspectiva, estimativas

apontam que dois terços das pessoas regularmente tratadas em serviços básicos de saúde não mantêm a pressão arterial em níveis desejáveis (BARRETO; MARCON, 2013).

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), cuja atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

A organização da assistência, com competências bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico–enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da Unidade Básica de Saúde (UBS), nos seus moldes de atuação tradicional (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

2.2 AVALIAÇÃO DE PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. Se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Deve-se obter a história clínica completa com perguntas sobre o tempo de diagnóstico, evolução e tratamento prévio. As informações sobre a história familiar são fundamentais para aumentar a certeza do diagnóstico de HA primária. Dados antropométricos como peso, altura (para cálculo do índice de massa corporal [IMC]), circunferência abdominal (CA) e frequência cardíaca (FC) devem ser registrados. A avaliação complementar tem como objetivo detectar lesões subclínicas ou clínicas

em órgãos-alvo, no sentido de melhorar a estratificação de risco CV. A avaliação laboratorial deve fazer parte da rotina inicial de todo paciente hipertenso, com análise de urina, potássio, glicemia de jejum, e HbA1c, ritmo de filtração glomerular estimado, creatinina plasmática, colesterol total, HDL-C e triglicérides plasmáticos, ácido úrico plasmático e eletrocardiograma convencional (SBC, 2016)

Dessa forma, o MS recomenda a estratificação dos pacientes hipertensos segundo Escore de Risco de Framingham (ERF) para doença cardiovascular (BRASIL, 2013).

A estratificação de risco em subpopulações permite identificar indivíduos com necessidades de saúde semelhantes, que devem ser atendidos com recursos e tecnologias específicos. Além disso, a estratificação de risco está associada à melhor qualidade da atenção à saúde e maior eficiência no uso dos recursos de saúde, já que diminui os erros associados à suboferta de cuidados para portadores de maiores estratos de risco e a ofertas em demasia para aqueles de menores estratos (BRASIL, 2013).

Entretanto, a estratificação ainda não está inserida na rotina de trabalho dos centros de saúde, gerando, por consequência, a oferta de um cuidado que não agrega valor as reais necessidades do indivíduo (BRASIL, 2013).

Uma das grandes dificuldades dos portadores de hipertensão em aderir ao tratamento é entender por que devem utilizar diariamente diversos comprimidos e sofrer com efeitos colaterais, para controlar um problema que não apresentou sintomas. A regularidade e a qualidade da comunicação clínica são determinantes na obtenção dos resultados esperados, uma vez que pacientes bem informados sobre o prognóstico e opções de tratamento - incluindo benefícios e efeitos adversos - estão mais dispostos a aderir às recomendações (NASCIMENTO, 2015).

A educação em saúde é, então, imprescindível, pois não é possível o controle adequado da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta o tratamento (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais, podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica (PAS) (KITHAS; SUPIANO, 2010).

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada, de forma indireta, ao maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e HAS.

Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool e, possivelmente, aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Um padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (MIRANDA; STRUFALDI, 2012).

Quanto ao peso, a todo hipertenso com excesso de peso precisam ser oferecidas ações de cuidado para a sua redução, pois a diminuição de 5% - 10% do peso corporal inicial já é suficiente para reduzir a PAS. É desejável atingir um Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m² para menores de 60 anos e inferior a 27 kg/m² para maiores de 60 anos, e a circunferência da cintura deve ser inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres. Dessa forma, pacientes com hipertensão arterial resistente devem ser orientados quanto à importância da redução de sal na dieta, perda de peso, prática de exercícios físicos regulares e moderação no consumo de álcool (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle da doença e na prevenção de suas complicações. A abordagem por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotarem mudanças nos hábitos de vida e aderirem ao tratamento (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

3 ANÁLISE DE SITUAÇÃO

O município de Nova Mamoré-RO possui hoje, na Atenção Primária à Saúde, seis equipes de saúde da família, sendo quatro em área rural e duas em área urbana, sendo que essas duas equipes urbanas dividem uma mesma unidade básica de saúde. Uma delas é a Equipe São José, com a qual foi desenvolvido este trabalho.

A UBS fica instalada fora da área de responsabilidade populacional (Figura 1), fator esse que dificulta ainda mais a atuação precisa da equipe no território e a busca por acompanhamento rotineiro pelos pacientes.

Figura 1- Área adscrita da equipe da atenção à Saúde da Família



Fonte: <https://www.google.com/maps/@-10.4088354,-65.3272801,15z>.
Acesso em: 10/04/2019.

O território é composto por cinco bairros. A equipe têm como componentes uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde.

Na unidade urbana, são ofertados atendimentos com os seguintes profissionais:

- Clínico Geral;
- Enfermagem;
- Cirurgião Geral;
- Nutricionista;
- Odontóloga; e
- Fonoaudióloga.

A unidade dispõe das seguintes instalações:

- farmácia, com distribuição de medicação ofertada pela rede básica, e sala de vacinação, com oferta de todos os tipos e doses de vacinas preconizadas pelo SUS;
- sala individual para atendimento do Programa Tuberculose/Hanseníase, com enfermeira exclusiva para os atendimentos e acompanhamentos dos casos;
- sala de coleta do Teste do Pezinho e solicitação de cartão do SUS.

Em virtude de oferecer o atendimento simultâneo por duas equipes na mesma estrutura física, a unidade de saúde apresenta um número bem considerado de funcionários.

A Equipe São José

A equipe São José tem cobertura de aproximadamente 40% da área territorial na região urbana do município, exatamente 4200 pessoas, segundo levantamento feito pelos agentes comunitários de saúde no último cadastramento de área, realizado em junho de 2016, demonstrado no relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) municipal, conforme <http://www2.datasus.gov.br/SIAB>.

A equipe presta atendimento médico diariamente à população em geral, no formato de atendimento de livre demanda, sem agendamento prévio das consultas, e sem programação para atendimento por grupos, como HiperDia e Puericultura,

devido à falta de organização por parte da territorialização no município, com número de equipes sendo insuficiente para cobertura local.

A equipe de enfermagem dispõe de técnica de enfermagem, realizando as triagens para consultas e avaliações com médico e enfermeira, também no modelo de livre demanda, além de prestação de serviços como retirada de pontos e curativos.

A enfermeira realiza consultas agendadas e programadas somente para o programa de Pré-natal, com a população da área adscrita da equipe. Faz atendimento à população de forma geral, uma vez por semana, com realização de Teste Rápido, ofertando exames sorológicos (HIV I e II, HBsAg, AntiHCV, VDRL).

Há um fluxo muito frequente de troca de funcionários municipais dentro da unidade, de todos os setores, preservando somente os médicos das equipes. Devido a esse fato, observa-se despreparo dos funcionários em setores de grande importância, como serviço de arquivo médico e estatística e triagem, influenciando na organização e processo de trabalho das equipes que ali atuam.

Vale salientar que nunca foi feito, pelo menos nos últimos seis anos, qualquer tipo de capacitação com esses funcionários.

Dessa forma, identificou-se um número muito grande de pacientes hipertensos que buscam por atendimento médico e de enfermagem, de forma irregular e involuntária na UBS, sem qualquer tipo de classificação de sua hipertensão.

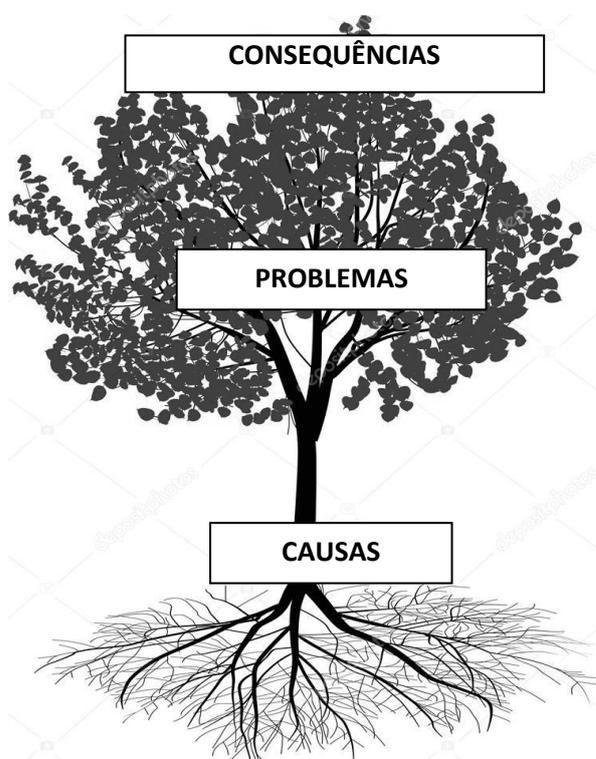
Na maioria dos casos, verificou-se apenas interesse de renovação de receitas, para retirada das medicações de uso contínuo, sem passar por uma adequada avaliação a fim de verificar se o tratamento está satisfatório. Da mesma forma seguem as avaliações com exames laboratoriais de rotina, para acompanhamento de possíveis alterações que possam vir a surgir, decorrentes da cronicidade da doença e/ou falta de tratamento com doses adequadas para controle do quadro.

Os pacientes buscam por estes exames, que são disponibilizados pela rede do SUS do município, de forma espontânea, sem acompanhamento dos casos já com alterações laboratoriais. Portanto, se faz necessária a participação integral de toda a equipe multidisciplinar da estratégia em saúde da família, organizando o acolhimento, para que ocorra o acompanhamento mais preciso desses pacientes.

Assim, essa quantidade de usuários mal assistidos em seus tratamentos acaba descompensando com maior frequência, aumentando os atendimentos de urgência no Pronto Socorro do Hospital Municipal, facilitando a chance de desenvolver doenças cardiovasculares em curto espaço de tempo. Não existe cadastro ou ficha específica de acompanhamentos dos hipertensos, muito menos uma prévia de riscos esperado nesse público. Com o cadastro e classificação é possível assisti-los e controlar a doença propriamente dita.

3.1 PRIORIZAÇÕES DOS PROBLEMAS: ARVORE DE PROBLEMAS E OS NÓS CRÍTICOS

Figura 2 - Árvore explicativa dos problemas relacionados ao acolhimento



- ✓ Acidente vascular cerebral;
- ✓ Cardiopatias;
- ✓ Infarto agudo do miocárdio;
- ✓ Insuficiência renal crônica;

- ✓ Numerosos atendimentos de demanda espontânea sem acompanhamento dos pacientes;
- ✓ Enfoque apenas em ações Curativas;

- ✓ Ausência de Educação Permanente;

- ✓ Baixa adesão ao tratamento e controle das doenças crônicas;
- ✓ Ausência da assistência ao hipertenso;

Fonte: Banco de dados da pesquisadora, 2018.

4 METODOLOGIA

O município de Nova Mamoré está localizado no estado de Rondônia, ao oeste do Brasil, latitude 10°24'07" sul, longitude 65°19'36" oeste, estando a uma altitude de 134 metros. Sua população em 2010 era de 22.546 habitantes. População estimada em 2016 de 28.255 habitantes. Área da unidade territorial em 2016 (km²) 10.071,643. Seus limites ao norte: Porto Velho; ao sul: Guajará-Mirim; ao leste: Campo Novo e ao oeste: República da Bolívia. Distância de 290 km até a capital, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

O município de Nova Mamoré possui hoje um hospital municipal, um laboratório de análises clínicas e, na Atenção Primária, seis equipes de saúde da família, sendo quatro em área rural e duas em área urbana. As equipes urbanas dividem uma mesma estrutura física de unidade básica de saúde, como dito anteriormente. As duas equipes estão completas, dispendo de técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com cobertura do território urbano. Seu horário de funcionamento é das 8:00 às 12:00 horas e das 14:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta, atendendo em média 300 pacientes/semana (demanda de todos os profissionais).

Trata-se de um estudo de intervenção, portanto, uma ação planejada com vistas a tomadas de decisão, de modo que se possam alcançar os objetivos pretendidos. Dessa forma, delimita-se, *a priori*, o terreno ou espaço onde se pretende programar mudanças, uma ação organizada que deve responder a uma ou mais necessidades implícitas na causa sobre a qual incidirá a intervenção, ou seja, trata-se de uma proposta objetiva e focalizada, para resolver problemas da realidade (PAZ *et al.*, 2013).

Nesse sentido, uma intervenção deve definir e orientar as ações planejadas para resolução de problemas e/ou necessidades identificadas, preocupando-se em gerar mudança e desenvolvimento (SCHNEIDER, 2014)

O presente trabalho foi proposto com base na análise situacional da população adscrita, quando se constatou a hipertensão como doença mais prevalente na comunidade, sem classificação dos riscos cardiovasculares esperados nessa população. Muitos desses pacientes têm pouca adesão ao tratamento, uso

irregular de medicação anti-hipertensiva, presença de diversos fatores de risco, agravando a doença.

Diante dessa problemática, a equipe decidiu atuar na área para melhorar controle dos hipertensos por meio do cadastramento e classificação dos riscos cardiovasculares nesse público.

O processo de coleta de dados ocorreu com o cadastramento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do território de atuação da Equipe de Saúde da Família São José do município de Nova Mamoré, estado de Rondônia.

Para atender ao proposto no presente estudo, foram cadastros, pelas ACS da equipe, 111 hipertensos de ambos os sexos, na faixa etária a partir dos 30 anos de idade, durante o período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019. Após o cadastro, os usuários entre 30 e 75 anos foram convidados a participar do estudo, que foi dividido em três etapas: responder ao questionário, avaliação antropométrica e exames bioquímicos. Durante o processo total, ocorreram perdas (fora padrão idade estipulado pelo escora) e recusas em torno de 50,5% (n=56), finalizando a amostra com 49,5% (n=55). A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística por conveniência.

Logo no início dos trabalhos, surgiram algumas dificuldades para abordar os usuários, como: falta de medicação na unidade de saúde, demora na licitação e liberação para realização dos exames bioquímicos pelo laboratório selecionado, falta de orientação sobre o uso adequado da medicação prescrita pelo médico e de acompanhamento e controle pelo grupo de ACS da unidade de saúde.

A equipe de ACS enfrentou vários problemas, sendo o principal a dificuldade para desenvolver ações de educação em saúde com a população hipertensa de seu território, uma vez que a mesma é acostumada a somente renovar as receitas, sem consulta médica, ou simplesmente comprar a medicação, pois relatam ser muito dispendioso passar por uma avaliação para pegar receita, e os remédios não vão estar disponíveis na farmácia da unidade para aquisição.

Muitos destes usuários simplesmente solicitavam a medicação aos ACS, os quais, portando receitas antigas, sem que o médico as renovasse e sem avaliação dos usuários, entregavam a medicação na residência para o uso.

Realinhar o papel do ACS na estratégia em saúde da família é o principal ponto de mudança com a aplicação deste projeto, fazendo com que o usuário

procure a unidade de saúde, na segurança de receber a terapêutica de maneira correta para sua patologia.

A implementação da proposta para o controle dos pacientes com hipertensão foi realizada por meio de reuniões e treinamento com a equipe de ACS da unidade de saúde, realizando-se uma avaliação do histórico clínico atual e progresso, aplicação de um questionário direcionado, com dados relacionados aos fatores de risco existentes, exames antropométricos e laboratoriais.

Por meio dessas ações, foi incluída uma ficha padrão, elaborada através de pesquisas e levantamento de algumas dificuldades na identificação dos usuários (Apêndice D), para classificação dos portadores de riscos cardiovasculares dentro do escore de Framingham.

Dessa forma pode-se organizar o fluxo no atendimento deste grupo quando em busca por atendimento, aplicar um fluxograma proposto (Figura 4), no intuito de classificar os que apresentem necessidade de consultas e avaliações periódicas ao médico ou enfermeira da equipe, facilitando o acesso dentro da unidade durante o processo de tratamento e acompanhamento do quadro.

O processo de inclusão da amostra atendeu aos seguintes critérios:

- Homens e mulheres com idade entre 30 e 75 anos: intervalo estabelecido pelo Escore de Framingham;
- Grupo de cadastrados pelos ACS pertencentes ao território da unidade de saúde classificados como hipertensos;
- Participaram de todas as etapas do processo de cadastramento;
- Assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Reuniões quinzenais com treinamento da equipe para uso do fluxograma de acompanhamento do hipertenso classificado, organizando o retorno e atendimento desse público.

A pressão arterial em mmHg foi obtida com um esfigmomanômetro com coluna de mercúrio, modelo Aneróide e marca Wan-Med (<http://www.inmetro.gov.br/pam/pdf/PAM002276.pdf>).

Para o perfil de caracterização da amostra, os usuários com hipertensão arterial sistêmica foram divididos em duas categorias:

- a) **Não controlados:** aqueles que, no momento da aferição da pressão arterial sistêmica, foram classificados como Pré-Hipertensos (PH): Pressão arterial Sistólica (PAS) entre 121 e 139 e /ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg; Hipertensos (H): a PAS \geq 140 e /ou PAD \geq 90 mmHg;
- b) **Controlados:** aqueles classificados como Normotensos com PAS \leq 120 e /ou \leq 80 mmHg de acordo com o Arquivo Brasileiro de Cardiologia (ABC), (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Por meio do questionário autorreferido pelos pacientes cadastrados, as variáveis de estudo foram divididas em dois blocos: sociodemográficas e comportamentais. Foram também realizados os exames antropométricos e bioquímicos.

As **variáveis sociodemográficas** qualitativas foram classificadas por categorias:

- sexo (masculino e feminino);
- idade (adulto: 25 a 44 anos; meia idade: 45 a 59 anos e idoso: igual ou maior que 60 anos) (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2015);
- escolaridade (analfabeto, fundamental, médio, superior);
- ocupação (autônomo, setor público, setor privado e do lar);
- renda familiar (< um, um a três e mais de três salários mínimos);
- estado civil (solteiro, casado e outros = divorciado, viúvo e união estável); e
- raça (branca, parda, preta e outras = indígenas e amarelos).

As **variáveis comportamentais** foram:

- atualmente fuma (sim e não);
- atualmente consumo bebida alcoólica (sim e não);
- classificação da atividade física habitual (ativo e inativo);
- considera-se ansioso (não, sim leve, sim moderado e sim intenso);
- histórico familiar de HAS (sim e não); e
- tempo de HAS (\leq 10 e $>$ 10 anos).

As **variáveis quantitativas antropométricas** foram:

- as medidas de massa corporal;
- a estatura corporal para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC= kg/m^2).

Foram adotados para classificação os seguintes pontos de corte:

- baixo peso = $\text{IMC} \leq 18,49 \text{kg/m}^2$;
- adequado= 18,5 a 24,9 kg/m^2 ;
- sobrepeso = 25,0 a 29,9 kg/m^2 ;
- obesidade grau I $\geq 30,0$ a 34,9 kg/m^2 ;
- obesidade grau II 35,0 a 39,9 Kg/m^2 ; e
- obesidade grau III (mórbida) $\geq 40 \text{Kg/m}^2$.

A relação cintura-quadril foi obtida a partir dos valores de circunferência da cintura e do quadril (RCQ = cintura/quadril (cm)), para a classificação de doenças cardiovasculares (DCV). Os pontos de corte adotados foram:

Risco de DCV:

- Homens = sem risco < 94; com risco ≥ 94 ;
- Mulheres = sem risco < 80; com risco ≥ 80 .

Ambos seguiram o protocolo recomendado pela World Health Organization (WHO, 1998).

Os exames bioquímicos foram realizados por um laboratório municipal:

- a análise de perfil lipídico foi caracterizada pelos níveis séricos de colesterol total (CT) e triglicerídeos (TG), ambos em mg/dl, obtidos pelo método enzimático colorimétrico automatizado;
- o colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol) em mg/dl foi determinado pelo método de precipitação seletiva, acoplado à dosagem do método enzimático colorimétrico automatizado;
- o colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol) em mg/dl foi obtido pela fórmula de Friedewald, sendo válida para valores de TG até 400 mg/dl, de acordo com os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (ABC), (MALACHIAS *et al.*, 2016);
- a glicemia em mg/dl foi determinada pelo método da hexoquinase¹⁵.

Os pontos de corte foram utilizados conforme proposto por Grundy *et al.* (1999) e Grundy *et al.* (2005).

A coleta foi realizada de acordo com o protocolo dos valores de referência estabelecido pelo laboratório municipal. Foram utilizados como referências os critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (2007):

- **Para uréia:** baixo < 15 mg/dl, desejável entre 15 e 45 mg/dl e elevada > 45 mg/dl;
- **Para creatinina:**
 - ✚ homens: baixo < 0,7, desejável 0,7 a 1.25 e acima > 1,2 mg/dL;
 - ✚ mulheres: baixo < 0,5, desejável 0,5 a 1,1 e acima > 1,1 mg/dl

O Framingham Heart Study foi o pioneiro entre as grandes coortes, começando em 1948 e ainda em atividade. Atualmente são seguidos os filhos dos participantes originais de Framingham. O estudo está na terceira geração de pesquisadores. Apesar de antigo, os dados de Framingham continuam trazendo novas informações como os escores para os vários tipos de doença vascular, muito utilizado em epidemiologia e na prática clínica (LOTUFO, 2008).

Para análise do risco cardiovascular, foram adotados os escores de risco de Framingham tradicional, bem como aquele modificado pela inclusão de fatores de risco emergentes. Para o escore tradicional, foram avaliados os seguintes fatores: idade, sexo, tabagismo, tratamento medicamentoso da pressão arterial, níveis de colesterol HDL e colesterol total.

Para aplicação do escore de risco de Framingham modificado, a esses fatores foi acrescida a pesquisa de história familiar de doença arterial coronariana prematura e selecionado, dentre os fatores denominados agravantes, a presença de síndrome metabólica e doença renal crônica. Em ambos os escores, considerou-se de baixo risco os resultados inferiores a 10%, risco médio entre 10 e 20% e alto risco acima de 20% (NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Os dados fornecidos pelo questionário foram transcritos para o banco de dados e as variáveis categorizadas em qualitativas (nominais e ordinais). Após, foram realizadas as análises descritivas de frequências absolutas e relativas, por meio das variáveis qualitativas. Para comparação das proporções entre os grupos dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) controlada e

não controlada foi utilizado o teste do Qui-quadrado (χ^2) para os cálculos de prevalências (%) dos dados categorizados por meio das variáveis sociodemográficas, comportamentais, antropométricas e bioquímicas. Para todas as análises foi utilizado o auxílio do software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Rondônia, CAAE: 90973618.3.0000.5300, Parecer n. 2.829.243 (Anexo 2).

4.1 METAS (MENSURÁVEL, ESPECÍFICA, TEMPORAL, ATINGÍVEL)

- ✓ Ampliar a assistência e acolhimento aos pacientes hipertensos, através da organização do atendimento prestado, cadastrando os pacientes do território;
- ✓ Classificar esses pacientes, com base no escore de Framingham, em baixo risco, risco intermediário, ou alto risco, para possível desenvolvimento de doença cardiovascular em longo prazo (10 anos);
- ✓ Organizar o atendimento e agenda, aplicando fluxograma para atendimento do hipertenso, distribuindo as consultas e retornos entre médica e enfermeira da equipe, de acordo com a classificação aplicada, facilitando o acesso desses pacientes dentro da unidade.

5 PLANO DE AÇÃO

O Plano de Ação sintetiza o planejamento em relação à execução de cada ação. Ele contribui para o acompanhamento da execução das ações, permitindo ajustes no planejamento.

O Plano de Ação é o instrumento que o gerente de projeto disponibiliza para obter uma visão geral do mesmo, por isso ele é sistêmico e não detalhado. O plano de ação alude, de forma simples, o que será feito e remete à metodologia as explicações detalhadas. Ele está intimamente relacionado aos objetivos específicos e às metas do Plano de Intervenção (PI), porque detalha cada ação planejada no quadro de metas, segundo o(s) responsável(s) pela ação, o local, a data, a justificativa e a metodologia de aplicação daquela ação, além do custo estimado e dos indicadores viáveis para o seu acompanhamento.

No Quadro 1, a seguir, está detalhado o Plano de Ação:

Quadro 1 - Plano de ação no processo de desenvolvimento do estudo de Intervenção de riscos cardiovasculares em Nova Mamoré-RO

Problema: Classificação dos pacientes hipertensos atendidos na UBS				META: Organização da assistência prestada			
Nº	Objetivo	POR QUÊ (justificativa)	COMO (método/descrição da(s) ação(s))	QUEM (responsável(s))	ONDE (local)	QUANDO (periodicidade, prazo)	QUANTO (recursos financeiros)
01	Capacitar a equipe para aplicação correta do escore de Framingham nos usuários hipertensos do território da equipe.	Organização do processo de trabalho da equipe.	Reunião quinzenal: em um primeiro momento, para explicação e capacitação do método.	Equipe: médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde.	UBS Eleniza Félix do Carmo.	Quinzenalmente (duas horas)	R\$ 0,00
02	Aplicar escore para classificação de risco cardiovascular nos usuários cadastrados.	Avaliar os possíveis riscos cardiovasculares presentes nos usuários atendidos pela equipe.	Aplicação do escore de acordo com os dados no exame físico e exames laboratoriais e fatores de risco presentes, necessário para utilização do método.	Equipe: médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde.	UBS Eleniza Félix do Carmo e território equipe São José.	Diariamente (uma hora)	R\$ 0,00
03	Implantar fluxograma de atendimento aos hipertensos classificados, organizando a demanda.	Padronizar o atendimento ao grupo de pacientes.	Reuniões para capacitação inicial e posterior avaliação da utilização diária do método.	Equipe: médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde.	UBS Eleniza Félix do Carmo.	Diariamente (30 minutos)	R\$ 0,00

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

6 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

O acompanhamento do Plano de Intervenção foi monitorado em todas as fases, com observação contínua do Núcleo de Educação Permanente da secretaria municipal de saúde de Nova Mamoré e foram apresentados relatórios mensais à instituição e o responsável local, e qualquer alteração no cronograma ou projeto foram notificadas o Comitê de Ética e Pesquisa responsável pela aprovação do projeto. A avaliação por sua vez deu - se a partir de análise das fichas cadastradas, orientando estes usuários acompanhados sobre fatores de risco modificáveis encontrados, melhorando manejo nas condutas avaliativas e retornos de acompanhamento programado ao fluxograma desses hipertensos dentro da unidade de saúde.

Quadro 2 - Indicadores de atividade, indicadores de processo e meio de verificação da equipe de saúde do estudo em Nova Mamoré-RO (2019).

Atividade	Indicadores de Processo	Meios de Verificação
Atuar como incentivadora do grupo, estimulando a participação dos membros da equipe, para que conheçam a importância da aplicação da classificação de risco na vida dos pacientes e, principalmente, na organização do trabalho com esse grupo de pessoas.	Discussão semanal com a equipe sobre as estratégias que estão sendo utilizadas para o real conhecimento sobre aplicação do escore.	Reunião da equipe; Elencar os Macros e Micros problemas encontrados;.
Apresentar o produto do estudo realizado à equipe a SEMUSA	Relatório trimestral da pesquisa desenvolvida.	Seminário para apresentação dos resultados do estudo.
Avaliação das atividades desenvolvidas com os pacientes em foco, observando se houve melhoria no acesso ao serviço e no atendimento de saúde prestados em relação à sua doença.	Satisfação observada nos pacientes em serem atendidos dentro do fluxograma, após serem classificados pelo escore.	Busca pelo serviço, e adequação dentro do estipulado a ele (retornos).

Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

7 RESULTADOS

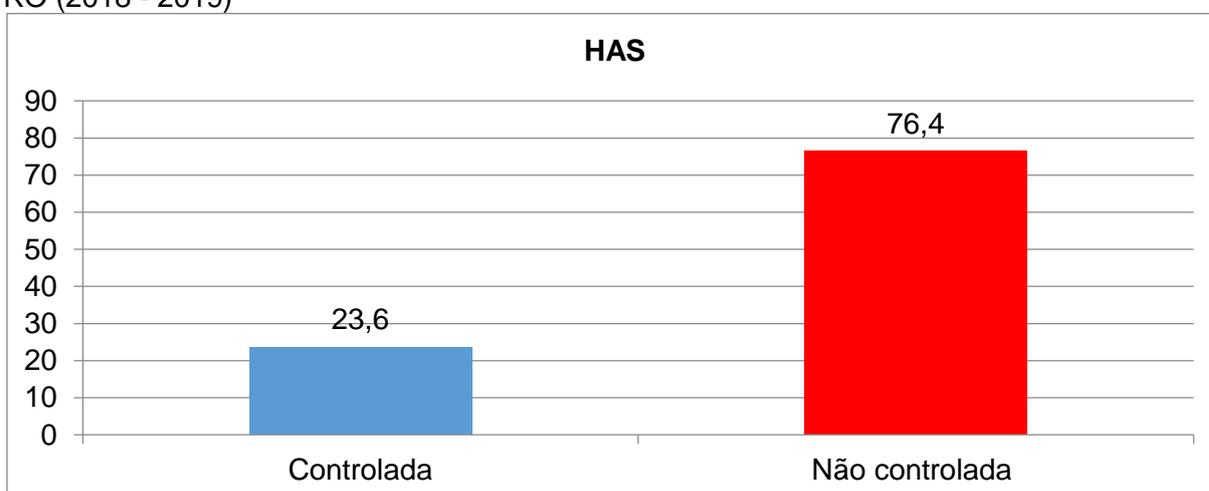
Os resultados estão apresentados conforme a ordem dos objetivos específicos para atender ao geral, segundo o proposto para este estudo.

A equipe de Saúde da Família São José do município de Nova Mamoré é composta por mulheres com idade entre 30 e 45 anos, funcionárias efetivas do município, residentes no território de atuação. A capacitação foi feita por meio de reuniões quinzenais da equipe, com apresentação do tema e proposta do estudo, sendo abordados os tópicos do questionário, a forma de preenchimento e como responder a possíveis dúvidas que poderiam vir a surgir por parte dos pacientes. Foi realizado treinamento, utilizando-se protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL 2011), bem como a plataforma digital disponibilizada pelo próprio Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hipertensao>) e aulas online do Telessaúde - SC para orientações de coleta de dados e análise de dados antropométricos em serviços de saúde dos pacientes em cadastramento, onde foi medido o peso, estatura e cintura dos pacientes com HAS.

A aferição da pressão arterial foi realizada pela médica e pela enfermeira da equipe, em momentos distintos. Alguns pacientes foram avaliados durante as visitas domiciliares programadas e outros durante consultas agendadas na unidade.

A prevalência dos valores pressóricos dos pacientes hipertensos cadastrados no momento da aferição da HAS foi considerada não controlada 76,4% (Figura 3).

Figura 3 - Frequência (%) de valores pressóricos dos pacientes hipertensos com a pressão arterial sistêmica (HAS) controlada e não controlada realizado município de Nova Mamoré-RO (2018 - 2019)



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2018 - 2019.

As prevalências (%) das características sociodemográficas dos pacientes cadastrados com hipertensão arterial sistêmica não controlada foram maiores no sexo masculino (80%), ser adulto tardio (78,6%), ensino médio (87,5%), ocupação servidor público (87,5%), ser aposentado (80,0%), ter renda familiar inferior a três salários mínimos (79,2%), ser casado (81,8%) e ser de raça branca (92,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalências (%) das características sociodemográficas dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada da equipe São José no município de Nova Mamoré-RO (2018 – 2019)

Características sociodemográficas	Total		Prevalência (%) HAS Não controlada
	n	%	%
Sexo			
Masculino	15	27,3	80,0
Feminino	40	72,7	75,0
Idade			
Adulto	3	5,5	66,7
Meia idade	28	50,9	78,6
Idoso	24	43,6	75,5
Escolaridade			
Analfabeto	16	29,1	75,0
Fundamental	25	45,5	72,0
Médio	8	14,5	87,5
Superior	6	10,9	83,3
Ocupação			
Autônomo	18	32,7	77,8
Servidor público	8	14,5	87,5
Servidor privado	1	1,8	2,4
Do lar	28	50,9	71,4
Aposentado			
Sim	20	36,4	80,0
Não	35	63,6	74,3
Renda familiar			
≤ 3 SM	38	90,5	79,2
>3 SM	4	9,5	57,1
Estado civil			
Solteiro	11	20,0	63,6
Casado	22	40,0	81,8
Outros	22	40,0	77,3
Raça			
Branca	13	31,0	92,9
Parda	29	69,0	70,7

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia. V. 107 (3) supl. 3, 2016. HAS controlada = PAS x PAD (<120 x 80 mg/dl), não controlada = PAS x PAS = (pré-hipertenso= 120 – 140/80-89; hipertenso = ≥ 140/90), indígenas não foram contabilizados.

As prevalências (%) das características comportamentais foram mais acentuadas nos fumantes (78,3%), alcoolista (84,6%), inativo (79,1%), ansioso

(88,9%), possui histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (82,5%) e tempo de hipertensão arterial sistêmica maior ou igual a 10 anos (80,0%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalências (%) das características dos dados comportamentais dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) controlada e não controlada da equipe São José no município de Nova Mamoré-RO (2018 – 2019)

Características comportamentais	Total		Prevalências (%) HAS Não controlada
	n	%	%
Fuma			
Não	46	83,6	66,7
Sim	9	16,4	78,3
Uso de álcool			
Não	42	76,4	73,8
Sim	13	23,6	84,6
Atividade física			
Ativo	12	21,8	66,7
Inativo	43	78,2	79,1
Considera-se ansioso			
Não	16	29,1	75,0
Sim/leve	22	40,0	72,7
Sim/moderado	6	14,5	75,0
Sim/intenso	9	16,4	88,9
Histórico Familiar de HAS			
Não	15	27,3	60,0
Sim	40	72,7	82,5
Tempo de HAS			
< 10 anos	30	54,5	73,3
≥ 10 anos	25	45,5	80,0

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia. V. 107 (3) supl. 3, 2016. HAS controlada = PAS x PAD (< 120 x 80 mg/dl), Não controlada = PAS x PAS = (pré-hipertenso= 120 – 140/80-89; hipertenso = ≥ 140/90)

As maiores prevalências (%) de pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada se deram nos classificados como obesos (77,8%), com risco cardiovascular (RCQ) (77,4%), glicemia elevada (88,9%), colesterol total elevado (81,5%), colesterol LDL elevado (80,0%), colesterol HDL baixo (76,7%), triglicérideo elevado (80,0%), ureia desejável (80,0%), creatinina baixa (100%) e risco cardiovascular alto (87,0%), pela classificação de Framingham (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência (%) de casos dos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por classificação e categorização das variáveis antropométricas e bioquímicas do grupo não controlado da equipe São José, Município de Nova Mamoré-RO (2018 - 2019)

Classificação das Variáveis	Total		Prevalências (%)
	n	%	HAS Não controlada %
IMC			
Peso adequado	8	14,5	75,0
Sobrepeso	20	36,4	75,0
Obesidade	27	49,1	77,8
RCQ			
Sem risco cardiovascular	2	3,6	50,0
Com risco cardiovascular	53	96,4	77,4
Glicemia			
Desejável	34	61,8	70,6
Elevada	9	16,4	88,9
Diabético	12	21,8	83,3
Colesterol total			
Desejável	28	50,9	71,4
Elevado	27	49,1	81,5
Colesterol LDL			
Desejável	10	23,8	66,7
elevado	32	76,2	80,0
Colesterol HDL			
Baixo	30	54,5	76,7
Desejável	25	45,5	75,0
Triglicerídeos			
Desejável	20	36,4	70,0
Elevado	35	63,6	80,0
Ureia			
Desejável	45	81,8	80,0
Elevada	10	18,2	60,0
Creatinina			
Baixo	1	1,8	100,0
Desejável	43	78,2	79,1
Acima	11	20,0	63,6
Riscocardiolovascular/Framingham			
Baixo	14	25,5	71,4
Intermediário	18	32,7	66,7
Alto	23	41,8	87,0

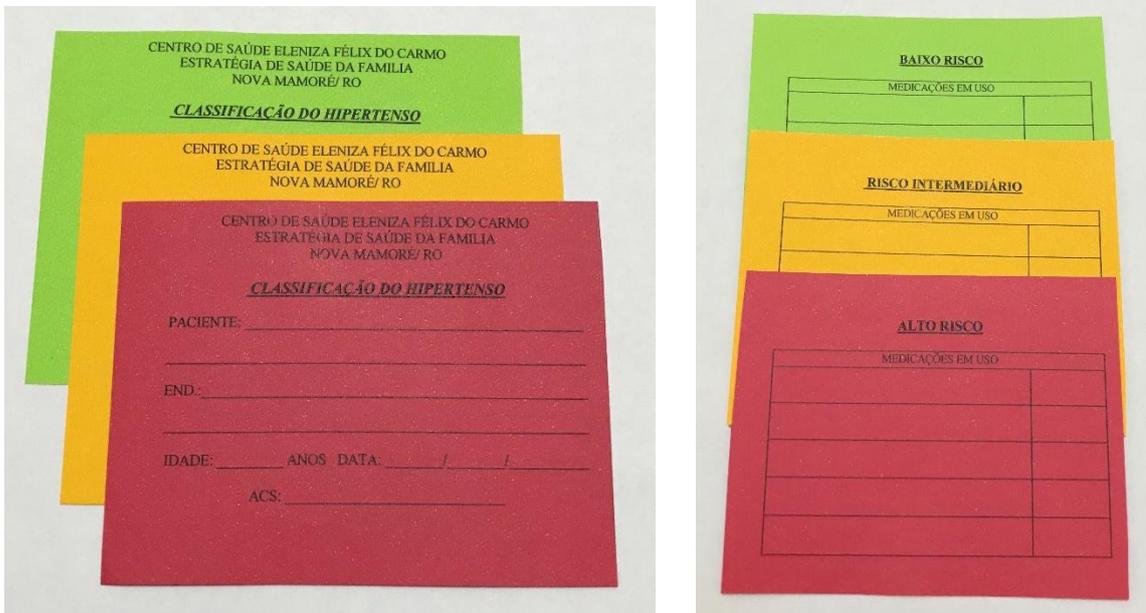
Grupo não controlado = aferição da pressão arterial sistêmica(PAH) alterada, classificação das variáveis por referências da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

Após, foi elaborado um cartão de cadastro de classificação de risco cardiovascular para usuários da unidade de saúde (Figura 5), a fim de estabelecer o fluxograma de atendimento para os portadores de HAS (Figura 4), classificados em três riscos: na cor verde, baixo risco; cor amarela, risco intermediário e na cor vermelha risco alto, com uso de um cartão de cadastro/acompanhamento do hipertenso.

Figura 4 - Fluxograma da classificação de risco cardiovascular para pacientes com HAS na Unidade de Saúde São José, Nova Mamoré-RO (2019)



Figura 5 - Modelo do cartão de cadastro de classificação de risco cardiovascular para usuários com HAS da unidade de saúde São José no município de Nova Mamoré-RO (2019)



Fonte: Banco de dados da pesquisadora, 2018 – 2019

Para atender ao objetivo geral de organizar um fluxo de atendimento, foi implementado um fluxograma para atendimento dos hipertensos classificados pela equipe, prevendo maior organização no atendimento prestado, adotando os seguintes critérios: agendamento para atendimento dos pacientes conforme classificação de risco; cartão de identificação do hipertenso.

8 DISCUSSÃO

O escore de Framingham tradicional foi o marco na história da classificação de risco para as doenças cardiovasculares, desde 1976, quando foi inaugurada a era Framingham (KANNEL *et al.*, 1976). Portanto, ao longo dos anos, ele foi incorporado a diversas diretrizes internacionais, sendo aceito como paradigma de avaliação de risco cardiovascular em diversas diretrizes nacionais como a *IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose* (2007) e *I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica* (2005).

O Escore de Risco de Framingham para estratificação do risco cardiovascular é mais utilizado em cenários externos à APS e com populações de características distintas. Entretanto, a utilização da estratificação de risco poderia ser incorporada aos processos de trabalho das equipes de saúde, a fim de contribuir para a qualificação da assistência aos pacientes com doenças crônicas, em especial a hipertensão arterial sistêmica (SOUSA *et al.*, 2016).

A utilização do escore de estratificação de risco no território da equipe São José estabeleceu a identificação dos indivíduos mais predispostos a desenvolver um evento cardiovascular, direcionando a equipe para melhoria no acompanhamento desse público.

É importante ressaltar que, na estratificação de risco, pelo fato de um indivíduo ter sido classificado como baixo risco, naquele momento, não significa, necessariamente, que permanecerá nesta classificação durante toda a sua vida. O mesmo ocorre com um indivíduo classificado como moderado ou alto risco (PIMENTA; CALDEIRA, 2014). A permanência ou mudança de arranjo influenciada pelos fatores de risco constantes no escore de risco de Framingham, podem ser traduzidas em necessidades que, se não satisfeitas, podem levar aos processos de adoecimento e/ou morte.

Nesse cenário, profissionais e pacientes desempenham papéis fundamentais, em que os primeiros devem compreender tais necessidades e levá-las em consideração durante o acompanhamento ao paciente, superando o perfil predominante de meros prescritores de ações; e os usuários devem seguir no processo de se constituírem agentes ativos no cuidado à sua saúde (SOUSA *et al.*, 2016).

No grupo avaliado, a equipe ficou surpresa com o tamanho da amostra de pacientes descompensados, ou seja, os classificados de risco intermediário e alto risco cardiovascular, também observado em estudo realizado por Santos e Mendez (2014). Tal fato se deve, provavelmente, à carência no número adequado de equipes para abrangência e cobertura territorial ideal no acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas no município de Nova Mamoré-RO.

A prevalência da HAS descompensada e sem acompanhamento pela unidade de saúde, identificada neste estudo, foi alta (76,4%), sendo semelhante ao que ocorre em outras unidades de saúde em níveis nacionais (*ROSÁRIO et al.*, 2009; *NASCENTE et al.*, 2009), e em outros países (*SOUZA et al.*, 2016, *SOARES et al.*, 2017).

Das outras variáveis analisadas, obteve-se um número maior de mulheres em relação aos homens entrevistados, adultos tardios, do lar, aposentados, de raça parda, sendo considerados inativos e com ansiedade leve. Já na HAS analisada como descompensada, obteve-se homens do ensino médio, servidores públicos com renda menor que três salários mínimos, de raça branca, com histórico familiar de hipertensão arterial e menos de 10 anos de doença.

Nas variáveis laboratoriais analisadas, verificou-se que a maioria dos pacientes estava com triglicerídeos, colesterol HDL e LDL com níveis alterados. Estudo feito por Paula *et al.* (2013) mostram que os exames bioquímicos de triglicerídeos, colesterol HDL e LDL apresentam relação significativa com a HAS em pacientes classificados como pré e hipertensos.

O agrupamento de dois ou mais fatores de risco esteve presente em aproximadamente metade dos indivíduos estudados. Proporção semelhante foi relatada por Pimenta e Caldeira (2014). Apenas dosagem de ureia e creatinina de todos estavam em seus valores ideais de referência, conforme preconizado pelo ministério da saúde.

A participação multiprofissional é fundamental para a atenção integral ao paciente com HAS, já que, por ser tratar de uma condição crônica multifatorial, demanda um cuidado que envolve vários fatores. Dessa forma, a estratificação de risco possibilita a identificação de necessidades e o direcionamento mais adequado, organizando recursos materiais e humanos, gerando atenção à saúde mais efetiva, de melhor qualidade e com custo adequado às necessidades apresentadas (*GIROTTI et al.*, 2009).

Assim, adaptou-se à realidade local, com base nas recomendações do Ministério da Saúde, e implantou-se um fluxograma para melhor acompanhamento, condutas e agendamento dos retornos dos pacientes classificados. Dessa forma, já se observa um melhor entendimento por parte dos pacientes quanto à importância da classificação, assim como da equipe, na melhora do fluxo desses pacientes para atendimento no território e na unidade básica.

O método foi bem aceito e implantado no serviço, servindo como base de apoio e inovação dentro da equipe supracitada, impactando de maneira vertiginosa no que tange à organização e metodologia de estratégia, transversalizando saberes, protocolos e modificando os hábitos de uma comunidade já previamente rastreada e que estava aparentemente esquecida pela estratégia em saúde da família deste município.

9 CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou conhecer o risco cardiovascular e os fatores associados, na população adulta de parte do território adscrito de atuação da equipe São José, do município de Nova Mamoré-Rondônia, para melhorar e organizar o modo de atendimento prestado. A maioria da amostra apresentou alto risco, sendo este o quantitativo de 41,8%, dos pacientes avaliados.

O estudo identificou que 32,7% da amostra têm risco cardiovascular intermediário, 25,5% baixo e 41,8% alto risco. Frente a estes últimos, havia maior proporção de pacientes com conclusão do ensino médio, casados, obesos e com os exames bioquímicos (colesterol, triglicerídeos e glicemia) alterados.

Destaca-se o papel da educação permanente da equipe e sua importância para os profissionais de saúde da atenção primária, que propõem e executam as ações de promoção de saúde, bem como as de monitoramento de usuários com patologias transições.

Este estudo poderá subsidiar o planejamento em saúde no município de Nova Mamoré-Rondônia para o enfrentamento de possíveis causas de morte da população adulta, nas quais se inclui a doença cardiovascular, e destaca-se a necessidade de sensibilizar os gestores, os profissionais e usuários dos serviços de saúde para esse grupo de doenças que há décadas tem se destacado no perfil de morbimortalidade no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**, 2007; 41(3):368-74.

ARENDRT, H. **Entre o passado e o futuro**. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1968.

BARRETO, M. S; MARCON, S. S. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta paul. enferm.** vol. 26 n. 4 São Paulo, 2013.

BLANCO, S. M. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em área rural do município de Serra, Espírito Santo**. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6104.pdf>. Acesso em: 10 de Agosto de 2018.

BRASIL. **Constituição Federal, 1988**. Seção II, da Saúde. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf. Acesso em: 20 de Abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 20 de Abril de 2018; 20 de Setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília (DF); (Online) 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 20 de Abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM- Protocolo. **Cadernos de Atenção Básica** (Online), 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf. Acesso em: 10 de março de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E: Legislação da Saúde).

CAVAGIONI L. C. *et al.* Agravos à saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. **Rev Esc Enferm**, USP 2009; 43 (Esp. 2): 1267-71. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 20 de Abril de 2018.

CUNHA; C. W. **Dificuldades no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção básica a saúde através do hiperdia**: Plano de reorganização da atenção. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - UFGS, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17937/000725363.pdf>. Acesso em: 15 de Setembro de 2018.

GIROTTI, E. *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Sci. Health Sci.** [periódico na Internet]. 2009. 31(1):77-82. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertens.** Vol.17(3):132-139, 2010.

GRUNDY, S. M. **Primary prevention of coronary heart disease**: integrating risk assessment with intervention. **Circulation**, 1999; 100 (9): 988-98.

GRUNDY, S. M.; CLEEMAN, J. I.; DANIELS, S. R.; DONATO, K. A.; ECKEL, R. H.; FRANKLIN, B. A. *et al.* American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. **Circulation**, 2005; 112 (17): 2735-52.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/pesquisa/37/0>. Acesso em 12 de Maio de 2018.

KANNEL, W. B; MCGEE, D; GORDON, T. A general cardiovascular risk profile: the Framingham Study. **Am J Cardiol.** 1976; 38 (1):46–51.

KITHAS, P. A.; SUPIANO, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. **Journal of Vascular Health and Risk Management**, [S.I.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Ver. Med.** (São Paulo). 2008 out. - dez.; 87(4):232-7.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** 2016;107 (3 Supl.3):1-83. Disponível em: http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf. Acesso em: 20 de Setembro de 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol Serv Saúde**, 2014; 23 (4): 599-608.

MENDES, R.; BARATA, J. L. T. Envelhecimento e pressão arterial. **Acta Medica Portuguesa**. v. 21, n. 2, p.193-198, 2008. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/769/446>. Acesso em: 10 de Abril de 2018.

MENDEZ, R. D. R.; SANTOS, M. A.; WYSOCKI, A. D.; RIBEIRO, B. D. A. B.; STAUFFER, L. F.; DUARTE, S. J. H. Estratificação do risco cardiovascular entre hipertensos: influência de fatores de risco. **Rev. Bras. Enferm.** vol. 71, n. 4, Brasília julho/ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0528>. Acesso em: 20 de setembro de 2018.

MIRANDA, R. D; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentoso: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. Hipertensão. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

NASCENTE, F. M. N. *et al.* Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. **Ver. Assoc. Med. Bras.** 2009;55 (6):716-22.

NASCIMENTO, S.; MATTOS, B.; MARISCO, N. S. Ações de saúde realizadas junto aos usuários do programa hiperdia na esf jardim primavera. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 3, 2015, p. 140-150. Disponível em: <http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/download/5313/947>. Acesso em 10 de abril de 2018.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report 2002. **Circulation.** 2002;106(25):3143-421.

PASSOS, V. M. A., ASSIS, T.D., BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.15 n.1 Brasília, mar. 2006Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003>. Acesso em: 20 de setembro de 2018.

PAULA, A. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, maio-jun. 2013; 21(3): [08 telas].

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf. Acesso em: 10 de fevereiro 2018.

PIMENTA, H. B.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (6):1731-1739 , 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01731.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2018.

ROSÁRIO, T. M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Cardiol**. 2009; 93 (6): 672-8.

SANTOS, F. R.; MENDEZ, R. D. R. Estratificação de risco cardiovascular em hipertensos atendidos na atenção primária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. vol. 05, ed. Especial, 2014.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial**. Vol. 107, nº 3, Supl. 3, setembro 2016.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: MOREIRA, S. M; PAOLA, A. V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

SCHNEIDER, D. R.; FLACH, P. M. **Caderno de orientações para o projeto de intervenção**: curso prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 1ª ed. Brasília, 2014.

SIMÃO, A. F.; PRÉCOMA, D. B.; ANDRADE, J. P.; CORREA FILHO, H.; SARAIVA, J. F. K.; OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**. 2016; 101(6 Supl.2):1-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n6s2/0066-782X-abc-101-06-s2-0001.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2018.

SOARES, E. F. *et al.* Evidências da interrelação trabalho/ocupação e hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**. Fortaleza, 30 (1): 102-109, jan./mar., 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Perfil da doença renal crônica**: o desafio brasileiro. São Paulo, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Volume 88, Suplemento I, Abril 2007.

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

SOUSA, Naira Pereira de. *et al.* Estratificação de risco cardiovascular na atenção primária segundo escore de Framingham. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, 10 (1), 157-168, mar, 2016.

SOUZA, A. C. C. de; BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M. Qualidade de vida e adesão ao tratamento em hipertensão: revisão sistemática com metanálise. **Rev Saúde Pública**, 2016; 50:71.

TACON, K. C. B.; SANTOS, H. C. O.; CASTRO, E. C. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em hospital público. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2010 nov-dez; 8 (6): 486-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva: Program of Nutrition, Family and Reproductive Health; (Technical Report Series 894), 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra, 2015.

ZANGIROLANI, L. T. O. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (4):1221-1232, 2018.

APÊNDICE A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR

Solicitamos que seja autorizada a realização da pesquisa intitulada: “IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA EQUIPE SÃO JOSÉ EM NOVA MAMORÉ / RONDÔNIA”. Tal autorização nos permite ter acesso aos profissionais de saúde da equipe de saúde da família do Centro de Saúde Eleniza Félix do Carmo e demais profissionais que lá trabalham. Asseguramos que em nenhum momento serão divulgados os nomes dos entrevistados, nem tampouco as informações relatadas, quando forem divulgados os resultados da pesquisa. Agradecemos a colaboração, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários. Atenciosamente,

Sintia Mara Haito

Mestrando Pesquisador

Fone para contato: 99979-0650

E-mail: drasintiahaito@hotmail.com

Eu, RAFAEL RIPKE TADEU RABELO, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, autorizo a realização da pesquisa bem como o acesso a outros documentos solicitados pelo pesquisador, assinando este documento com a garantia de que os nomes dos profissionais de saúde e do gerente da unidade serão preservados.

RAFAEL RIPKE TADEU RABELO

Secretário Municipal de Saúde de Nova Mamoré

Porto Velho, 11 de Maio de 2018.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA EQUIPE SÃO JOSÉ EM NOVA MAMORÉ / RONDÔNIA”. Este estudo pretende implantar o uso do fluxograma para hipertenso na Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde Eleniza Félix do Carmo em Nova Mamoré de modo a garantir maior resolubilidade no tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. A identidade das participantes não será revelada, os dados serão mantidos em sigilo, e poderão desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa será de forma voluntária, sem nenhum tipo de remuneração ou gasto. Não há riscos previstos para as participantes deste estudo. Para esclarecimentos de dúvidas procurar pela médica mestrandia Sintia Mara Haito, pesquisador responsável pelo estudo, no telefone (69) 99979-0650 ou e-mail drasintiahaito@hotmail.com. Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal de Rondônia: Fones: (69) 2182-2111 ou 9 8434 4761; e-mail: cepunir@yahoo.com.br. Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que concordo em participar desse estudo, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável pela obtenção deste termo

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Sintia Mara Haito, orientanda do Dra. Edson dos Santos Farias do projeto de pesquisa intitulado “IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA EQUIPE SÃO JOSÉ EM NOVA MAMORÉ / RONDÔNIA” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos de livre e espontânea vontade (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos destinados à divulgação ao público em geral. Ainda autorizo, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, das seguintes formas: (I) out-door; (II) busdoor; folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo, etc.); (III) folder de apresentação; (IV) anúncios em revistas e jornais em geral; (V) home page; (VI) cartazes; (VII) back-light; (VIII) mídia eletrônica (painéis, vídeo-tapes, televisão, cinema, programa para rádio, entre outros), artigos, banner e demais produtos oriundos do presente estudo (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei n.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/2004). Assino a presente autorização em duas (2) vias de igual teor e forma.

Porto Velho, ____ de _____ de 2018.

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA EQUIPE SÃO JOSÉ EM NOVA MAMORÉ/RO
Pesquisador: Sintia
Versão: 2
CAAE: 90973618.3.0000.5300
Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 060848/2018
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NA EQUIPE SÃO JOSÉ EM NOVA MAMORÉ/RO que tem como pesquisador responsável Sintia, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Rondônia - UNIR em 06/06/2018 às 17:17.

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br

ANEXO 2 - ATA DE DEFESA PÚBLICA



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

Aos vinte e nove dias do mês de abril do ano de dois mil e dezenove, reuniu-se a banca examinadora composta pelos professores doutores:

Prof(a). Dr(a). **Edson dos Santos Farias** (Orientador)
Prof(a). Dr(a). **Jeanne Lúcia Gadelha Freitas** (membro externo),
Prof(a). Dr(a). **Kátia Fernanda Alves Moreira** (membro interno)
Prof(a). Dr(a). **José Odair Ferrari** (suplente),

perante a qual, **Sintia Mara Haito**, aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família/UNIR, defendeu para preenchimento dos requisitos de defesa pública de dissertação, denominado:

Implantação da classificação de risco cardiovascular na equipe São José em Nova Mamoré/RO

A defesa da referida dissertação, ocorreu das 14.14h às 16h, tendo sido o(a) aluno(a) submetido(a) à arguição, dispondo cada membro da banca de tempo para tal. Finalmente, a banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar o(a) mestrando(a) APROVADA no exame de defesa pública de dissertação, considerando que:

- Revisão Ortográfica
- Atualização das Referências
- Formatação Geral - ABNT

Eu Edson dos Santos Farias presidi a Banca Examinadora de Defesa de Dissertação, assino a presente ata, junto aos demais membros, e dou fé

[Assinatura]
(membro interno)

[Assinatura]
(membro externo)

[Assinatura]
Orientador

[Assinatura]
Assinatura do Aluno

Porto Velho, 29 de abril de 2019.

ANEXO 3 - DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR



DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR
VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO À COORDENAÇÃO

Declaro, para os devidos fins que, **Sintia Mara Haito** acatou, à versão final de seu Trabalho de Conclusão do Mestrado, as sugestões da Comissão examinadora consideradas pertinentes pelo Orientador. Por fim, autorizo a entrega da versão final do Trabalho de Conclusão do Mestrado do discente à Coordenação Institucional do PROFSAÚDE.

Porto Velho, 17 de novembro de 2019.

Orientador(a)
Edson dos Santos Farias

