

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELISANGELA COCO DOS SANTOS

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO A PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANDORINHAS, MUNICÍPIO DE
VITÓRIA – ES.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ELISANGELA COCO DOS SANTOS

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO A PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANDORINHAS, MUNICÍPIO DE
VITÓRIA – ES.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora: Prof^ª Me Jucineide Proença da Cruz
Schmidel**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO A PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANDORINHAS, MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES** de autoria do alun(a) **ELISANGELA COCO DOS SANTOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. Me. Jucineide Proença da Cruz Schmidel
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

Para Sofia,
Sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente pela conclusão desse trabalho.

A minha família, que me apoiou, me incentivou e motivou.

A Sofia, minha filha, você mudou meu mundo e minha história.

Aos meus amigos, que me incentivaram e compreenderam quando disse que não podia sair, pois estava terminando o TCC.

Aos meus amigos do Consultório na Rua, obrigado pela paciência, pela leitura do trabalho, pelo incentivo.

Aos meus Colegas da Unidade de Saúde, obrigado pelas informações, por autorizar o uso de fotos no banner e por me ajudar na execução e coleta de dados. Enfermeira Raquel, você me ajudou a olhar novamente a saúde da família com amor; Jordano, obrigado pela leitura e correção do trabalho; Laizza e Camila, obrigado pelas imagens.

Ao Cristiano, que durante os últimos dias esteve ao meu lado e me “cobrou” insistentemente se estava escrevendo o trabalho.

A minha orientadora, Profa. Jucineide. Foi difícil, foi diferente, mas no final deu certo.

Obrigado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 Justificativa.....	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1 Conceituação e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	12
2.2 Vínculo, Acesso e Atendimento ao paciente portador de HAS.....	14
2.3 Atuação dos Enfermeiros frente a Hipertensão Arterial, em Estratégias da Saúde da Família.....	19
2.4 Classificação do risco cardiovascular.....	20
2.5 HIPERDIA: Cadastramento e acompanhamento do paciente hipertenso.....	22
3 MÉTODO.....	24
3.1 Tipo de Estudo.....	24
3.2 Coleta de Dados.....	24
3.3 Local do Projeto de Intervenção.....	24
3.4 Critérios de Seleção.....	26
4. RESULTAO E ANÁLISES.....	27
4.1 Cadastramento do hiperdia.....	27
4.2 Proposta de Intervenção.....	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS.....	34

RESUMO

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública, e por se tratar de uma doença crônica, o período de tratamento longo e a ausência de sintomas, faz com que os profissionais de saúde encontrem por um lado dificuldade de adesão dos pacientes e por outro, dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Este estudo teve por objetivo propor classificação de risco como forma de reestruturar o cuidado para população hipertensa cadastrada no SISHiperdia, atendida na USF Andorinhas, Vitória - ES. Trata-se de um estudo de intervenção, de natureza exploratória e descritiva. Para a coleta de dados foram utilizados o banco de dados do Sistema SISHiperdia, a Rede Bem Estar, software utilizado pelo município de Vitória, com os dados de saúde (prontuário eletrônico) e Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica. Com a melhoria no número de pacientes cadastrados e com a classificação da estimativa do risco cardiovascular, serão direcionados os atendimentos médicos e de enfermagem ao paciente de maior vulnerabilidade. Com isso, a equidade e o acesso são garantidos. As demais medidas tornaram possível a criação de vínculo entre o serviço-paciente-família-comunidade. O resultado sem dúvida é a redução dos riscos de complicações decorrentes da hipertensão.

Palavras chaves: hipertensão arterial, atenção básica, classificação de risco.

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo.

Para o Ministério da Saúde, são consideradas como doenças crônicas não transmissíveis: hipertensão arterial, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. As complicações dessas doenças – infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica - correspondem a 70% das causas de morbimortalidade e atingem prioritariamente as camadas mais pobres da população e grupos mais vulneráveis, especificamente os de baixa escolaridade e menor concentração de renda (Brasil, 2011).

No Brasil, a carga econômica das DCNT (2006) produz elevados custos para o sistema de saúde e previdência, devido à hospitalização, mortalidade e invalidez precoce e, sobretudo para a sociedade, para a família e para os portadores das doenças crônicas.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, destacaremos neste estudo, a hipertensão arterial, que pode ser conceituada por pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica superior a 90 mmHg, na média de duas ou mais medidas exatas de pressão arterial obtidas durante dois ou mais contatos com profissionais de saúde. (FIGUEIREDO, 2008; BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Os autores acrescentam que, a elevação prolongada da pressão arterial afeta, os vasos por todo o corpo, principalmente nos órgãos alvo como coração, rins, cérebro e olhos, ocasionando a longo prazo as complicações das DCNT. Destacam que o profissional de saúde pode observar a hipertensão arterial de três formas:

- 1) Como sinal no monitoramento do estado clínico do paciente;
- 2) Como fator de risco que contribui para a velocidade em que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes arteriais;
- 3) Como doença que influencia para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica.

Associado a importância de diagnosticar no indivíduo a patologia, é avaliá-lo em seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal crônico. Sob o enfoque preventivo, quanto maior for o risco maior o potencial benefício de uma ação terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2006b).

Desenvolver estratégias que garantam adesão ao tratamento e, por conseguinte diminuição das morbidades e mortalidades, associados à doença é um grande desafio para os serviços de saúde. Para tanto, há necessidade de criação de vínculos para adesão do paciente ao tratamento.

Como diz Gastão Wagner Campos (2003), para que haja uma clínica de qualidade é necessário o fortalecimento de vínculos entre o paciente, à família e comunidades com a equipe de saúde, sendo o vínculo considerado como um recurso terapêutico. A Unidade de Saúde da Família de Andorinhas tem o mesmo desafio.

1.1 Justificativa

Desde sua criação a USB de Andorinhas trabalha com a Estratégia Saúde da Família (ESF), e desenvolve suas atividades através de duas equipes de saúde compostas por: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico de saúde bucal (TSB). Além disso, contam com profissionais de apoio: médico clínico geral e residentes. Destaca-se que desde 2007, o município de Vitória tem trabalhado a saúde da família com extensão da equipe mínima, e inserido outros profissionais com graduação na área da saúde.

Para o cadastramento e atendimento a pacientes hipertensos, o serviço de saúde de Andorinhas conta com três sistemas de informações:

1. SISHiperdia – Sistema de Informação de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Programa implantado pelo Ministério da Saúde;
2. Rede Bem Estar (RBE) através da ficha de cadastro (Ficha A) realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e;
3. SISFAR – Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica. Cadastro realizado pela Assistência Farmacêutica para dispensação dos medicamento aos .pacientes da USF.

As equipes de saúde da família realizam atendimento individual e coletivo. Atualmente, tem se organizado na atualização do cadastro dos pacientes no SISHiperdia.

De acordo com dados fornecidos pelo SIAB, até a primeira quinzena de abril de 2014, encontrava-se cadastrados no território de Andorinhas uma população de 5652 habitantes, sendo

que na faixa etária acima de 20 anos estão cadastradas 4029 pessoas. Destes 864 são portadores de hipertensão arterial, estando à doença prevalente em 15,28% da população total e 21,44% entre a faixa etária maior de 20 anos.

A escolha e o interesse pelo estudo, da hipertensão arterial veio com a observação da adesão do paciente no programa de HIPERDIA nos serviços de saúde. A implantação do programa trouxe visibilidade ao paciente em relação ao cuidado e tratamento, garantindo acesso a consultas e dispensação de medicamentos para controle da hipertensão. No entanto, não ocorreram mudanças no estilo de vida das pessoas que refletissem redução no número de infartos e acidentes vasculares cerebrais.

O atendimento dos pacientes hipertensos é realizado mediante consultas médicas agendadas. Porém, não há uma estratificação dessa população com o objetivo de priorizar o atendimento ao portador de hipertensão grave. Não são oferecidas atividades educativas em grupo, devido a dificuldade de adesão a proposta de programação semanal.

No final de 2013, para a execução desse trabalho, foram realizadas tentativas de agendamento de reuniões com as enfermeiras e a farmacêutica da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de propor a implementação do escore de classificação de risco para pacientes com hipertensão arterial.

Das reuniões realizadas saiu a proposta de realizar a classificação no momento do cadastramento no SISHiperdia, programa do Ministério da Saúde que recebe informações sobre o cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados e vinculados a Unidade Básica de Saúde, gerando informações para profissionais de gestores municipais, estaduais e ministério da saúde.

Como a consulta de enfermagem a pacientes com hipertensão arterial faz parte dos indicadores pactuados no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), foram propostas pela equipe de saúde da família ações para atingir a meta pactuada, aproveitando as oportunidades para cadastrar o paciente.

Diante deste panorama, e para melhorar a adesão, o cuidado e a autonomia do portador de hipertensão arterial, torna-se fundamental refletir sobre a seguinte questão: Como garantir o acesso e atendimento equânime a pacientes portadores de hipertensão arterial na USF Andorinhas utilizando a classificação de risco?

Para responder a questão o objetivo geral do estudo será propor classificação de risco como forma de reestruturar o cuidado para população hipertensa cadastrada no SISHiperdia, atendida na USF Andorinhas, Vitória - ES.

Para tanto os objetivos específicos são:

- 1) Realizar o cadastramento da população hipertensa no SISHiperdia, e classificar quanto ao risco cardiovascular.
- 2) Organizar a oferta de serviços à população hipertensa, utilizando como requisito a classificação em leve, moderado e grave.
- 3) Propor as equipes estratégias para atendimento, com a garantia do vínculo, mudança no estilo de vida e retorno.
- 4) Promover o atendimento multiprofissional individual e em grupo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conceituação e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) o conceito de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), descrita na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial é definida como:

“uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais”. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010 p.8)

Para Figueiredo (2008) e Brunner e Suddarth (2009) a hipertensão arterial também é uma condição clínica multifatorial que, pode ser entendida como a apresentação de níveis de pressão arterial sistólica acima de 140 mmHg e de pressão diastólica de 90 mmHg em adultos. Geralmente é conhecida como “matador silencioso”, pois o indivíduo que apresenta hipertensão arterial muitas vezes não apresenta sintomas.

O Ministério da Saúde (2006a) destaca que das doenças cardiovasculares a HAS, é a mais frequente, sendo o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e doença renal crônica (DRC).

Também a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) pontua a HAS um dos principais fatores de risco modificáveis e um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência que são de 22% a 44% em adultos.

Quanto as complicações associadas à HAS, Figueiredo (2008) menciona que:

“35% são cardíacas (cardiopatia hipertensiva, hipertrofia do ventrículo esquerdo, insuficiência coronariana, edema agudo de pulmão, angina pectoris); 25% são complicações cerebrais (acidente vascular cerebral, turvação da vista, vertigens, cefaleias, distúrbios mentais, amnésias, parestesias, afasia e disfasia); além de problemas renais e relacionados a visão”.

O Ministério da Saúde (2006a), aponta negligência no diagnóstico, tratamento e baixa adesão ao tratamento prescrito por parte do paciente, como problemas que influenciam na condução da doença, tendo em vista que a maior parte do curso da doença é assintomática.

A hipertensão arterial apresenta uma alta taxa de morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, reforçando a importância do diagnóstico precoce. Para esse diagnóstico não é necessário tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo e poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Assim, as mudanças no estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão arterial. Essas mudanças envolvem: alimentação adequada, incluindo a quantidade de sal, controle de peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool. Esses fatores relacionados contribuem para o aumento da incidência e prevalência da hipertensão arterial (BRASIL, 2006a).

Implantação de estratégias na área de saúde pública, são necessárias para abordagem desses fatores. O acompanhamento dos casos pela equipe de Atenção Básica é fundamental, pois o controle da pressão arterial reduz complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares, problemas renais entre outros (BRASIL, 2013).

Nas pesquisas realizadas por Piccini e Victora (1997) apud Santa Helena et al (2010) apontou dados do estudo populacional brasileiro realizado sobre o manejo da hipertensão arterial em comunidades, e constatou que 2/3 se reconheciam hipertensos, 50% faziam tratamento com medicamentos e somente 1/3 tinha pressão arterial controlada.

Este é um desafio para Atenção Básica, notadamente da Estratégia Saúde da Família, que é um espaço prioritário da atenção à saúde que atua com a equipe multiprofissional e cuja estratégia de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e com a clientela adscrita (BRASIL, 2006a). Dessa forma é fundamental que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde) e, conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe (SANTA HELENA ET AL, 2010).

Em relação a classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica, Figueiredo (2008), ressalta duas formas:

- Primária ou essencial: possui causa desconhecida, normalmente está associada à história familiar;

□ Secundária: provocada por transtornos da glândula suprarenal, do sistema nervoso simpático, do sistema vascular ou da glândula tireoide.

Segundo Figueiredo (2008) a HAS na fase inicial, é assintomática, mas em alguns indivíduos pode ocorrer: nictúria, cefaleia unilateral, dificuldade de concentração, sudorese excessiva, ansiedade e irritabilidade excessiva, edema, fadiga fácil, palpitação e pulso periférico cheio.

Quanto ao rastreamento da HAS, o profissional de saúde, deve verificar e registrar a pressão arterial de toda pessoa maior de 18 anos que comparecer a Unidade de Saúde para consulta, atividade educativa, e outros procedimentos, e que não apresenta registro no prontuário.(BRASIL, 2013). O Ministério da Saúde ressalta que a primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços e caso haja diferença entre os valores, considerar a de maior valor. Após verificação a mesma deverá ser registrada no prontuário da pessoa.

De acordo com o MS (2013), para diagnosticar se a pessoa é portadora da HAS é preciso observar a média aritmética da pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. (BRASIL, 2013). Orienta-se também evitar a verificação da pressão arterial em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade) pois pode apresentar alterações de valores (BRASIL, 2013).

2.2 Vínculo, Acesso e Atendimento ao paciente portador de HAS

A organização da atenção e da gestão do SUS se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. Segundo Mendes (2011) o modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, e tem se mostrado inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde.

Mendes (2006) aponta que a Atenção Primária à Saúde (APS), também denominada Atenção Básica (AB) é considerada o modelo de gestão de sistema mais adequado para lidar com o aumento da longevidade populacional. Tem como um de seus pilares a reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde e inovações no relacionamento destes com a população.

O Ministério da Saúde publicou em 21/10/2011 a Portaria nº 2488/GM da Política Nacional de Atenção Básica, que aprova e define a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica pois favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos. Além disso, amplia a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, e propicia uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Shimizu e Junior (2012) concordam que a ESF, é considerada a principal estratégia para o reordenamento da Atenção Básica (AB), e que ultrapassa o modelo de atenção baseado na biomedicina, que tradicionalmente tem como objeto do trabalho, em saúde, o corpo. Este é socialmente estruturado, codificado e dividido em partes específicas, em que o que se busca são anomalias estruturais ou funcionais, materializadas no tecido biológico.

Cada equipe de Saúde da Família é capacitada para: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco; elaborar com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral na UBSF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (Brasil, 2003).

Dentre os problemas de saúde identificados pelas equipes, Britto (2008) e Pallota (2010) apontam que a hipertensão arterial, juntamente com o diabetes mellitus, atinge comumente a população brasileira de forma tão silenciosa, que cerca de 30% da população acometida pela doença não sabe que a possui ou não faz o tratamento corretamente por falta de motivação ou recursos. Relatam que cerca de dois terços dos pacientes com HAS não mantêm seus níveis pressóricos dentro dos padrões devido ao tratamento medicamentoso incorreto. Destaca-se que quando o tratamento é feito de forma correta, menores serão as complicações e maior será a qualidade de vida do paciente.

Além disso, prevenção e o tratamento dessas doenças é um processo lento. É necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança

do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Essas ações podem ser individuais ou coletivas, buscando estratégias que alcancem a realidade da população (PALLOTA, 2010).

Embora não seja fácil melhorar a adesão ao tratamento, é necessária revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população do território (SANTA HELENA et al, 2010). As ações educativas coletivas, chamadas de grupo de HiperDia, são uma grande ferramenta de trabalho utilizadas pelos profissionais, como tentativa de aumentar a adesão e eficácia do tratamento e consequentemente a qualidade de vida dos pacientes (ALVES; CALIXTO, 2012).

A adesão ao tratamento relaciona as ações e comportamentos a respeito do paciente clínico, compreendendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios (FUCHS et al, 2004). Essas ações são caracterizadas como integrantes do comportamento do paciente em todos os aspectos, agregando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura (REINERS et al, 2008).

Para os profissionais da saúde o principal problema é a adesão ao tratamento de forma irregular e assistemática, atribuído ao longo prazo e a dificuldade de alterar seu estilo de vida diário, sendo necessária a participação e cooperação dos pacientes que convivem com a cronicidade da doença e que conseguira modificar o estilo de vida (REINERS et al, 2008).

O cuidado de usuários com doenças crônicas, em especial a hipertensão arterial, deve se dar de forma integral. Malta e Merhy (2010) refere que o modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas *a priori*, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado. Mendes (2006) reafirma a busca por um modelo de atenção integral à saúde, no qual o objeto de intervenção seja mediado pela família, pela comunidade onde está inserido. A eficácia na ESF supõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas.

Malta e Merhy (2010) avançam na discussão, quando destacam que a atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Nesse modelo, cada serviço deve ser repensado

como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Para o desenvolvimento do cuidado integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, passa pelo papel central da Atenção Básica da Saúde (ABS), de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede. Para que a ABS desempenhe efetivamente seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é fundamental garantir sua expansão e qualificação em todo o território nacional (BRASIL, 2012b).

Para o fortalecimento dessa rede o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) apresenta pontos de mudanças necessários, dentro do processo de trabalho das equipes no atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas definidas abaixo:

- 1) **Acolhimento:** é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Requer exercitar uma escuta com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Todos os profissionais de saúde podem fazer acolhimento.
- 2) **Atenção Centrada na Pessoa e na Família:** A incorporação desse conceito possibilita aliança terapêutica entre os profissionais de saúde, a família e o usuário, com relação de respeito, confiança e empatia, com evidência de maior adesão ao tratamento e melhores resultados. Transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde. Está baseada em dignidade e respeito, compartilhamento de informações completas entre os envolvidos, participação e colaboração de todos nas decisões, implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde prestada.
- 3) **Cuidado continuado/ Atenção programada:** A equipe de atenção básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea

não urgente e de cuidado continuado/programado (ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica).

- 4) Atenção Multiprofissional: A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos.
- 5) Projeto Terapêutico Singular: conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir do movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico, resultado da discussão coletiva da equipe multiprofissional com o usuário e sua rede de suporte social.
- 6) Regulação da rede de atenção: é a capacidade da ABS de ordenar os demais níveis da rede. O diálogo entre os serviços de atenção especializada e as equipes deve ser garantido e facilitado, com destaque para o matriciamento.
- 7) Apoio Matricial: O apoiador matricial é um especialista com um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso.
- 8) Atendimento não presencial: As interações entre as equipes de saúde e os usuários podem se tornar mais produtivas com um equilíbrio entre atendimentos profissionais presenciais e não presenciais por meio de telefone ou de correio eletrônico.
- 9) Atendimento Coletivo: são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude.
- 10) Autocuidado: significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo. Significa reconhecer o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro do usuário. O apoio da família, dos amigos, das

organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade.

- 11) Linhas de cuidado: expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco.
- 12) Estratificação de risco: envolve classificar os usuários de determinado serviço de acordo com a gravidade da enfermidade. Essa classificação deve permitir a definição de uma série de ofertas que serão programadas de acordo com o nível em que se encontra o usuário. Ela serve para avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme a necessidade.
- 13) Educação permanente: são estratégias educacionais que valorizam o trabalhador, seu conhecimento prévio e sua experiência profissional. Deve ser realizada com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizada em pequenos grupos, sempre tendo como referência e ponto de partida as questões do mundo do trabalho que incidem sobre a produção do cuidado.

2.3 Atuação dos Enfermeiros frente a Hipertensão Arterial, em Estratégias da Saúde da Família.

O Ministério da Saúde elaborou em 2013 o Manual sobre linhas do cuidado para o atendimento da população portadora de hipertensão arterial. O objetivo é fortalecer e qualificar a atenção aos portadores da doença, através da integralidade e longitudinalidade do cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2013).

O manual destaca que apesar das linhas do cuidado estarem organizadas por doenças, é necessário que a equipe de atenção básica avalie o paciente integralmente, uma vez que a hipertensão arterial, está associada a outros fatores de risco. Além disso, o cuidado não deve ser

organizado de forma fragmentada, por doenças, mas deve ser garantido ao usuário, acesso e cuidado longitudinal (BRASIL, 2013).

De acordo com MS a consulta de enfermagem “está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção da sua saúde”. (BRASIL, 2013 p.36)

Isto representa um importante estímulo a adesão das ações de atenção básica de fundamental importância no acompanhamento da pressão arterial limítrofe e da hipertensão arterial, pois consegue pactuar metas e planos de como seguir o cuidado. Nesse sentido, o objetivo é trabalhar o processo de educação em saúde, para prevenção primária em pessoas portadoras de pressão arterial limítrofe, por meio do estímulo e da adoção de hábitos saudáveis de vida, além de avaliar e estratificar o risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Quanto a estratificação do risco cardiovascular, a Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2011), recomenda a utilização do escore de risco de Framingham. O objetivo é estimar o risco que cada indivíduo tem de sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos 10 anos e está baseada em múltiplos fatores de risco como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo e níveis lipídicos. Os indivíduos com maior probabilidade de complicações serão beneficiados com intervenções mais intensas.

Para indivíduos que possuem diagnóstico de hipertensão arterial, a consulta de enfermagem deve ser realizada por meio da aplicação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), objetivando a ação de saúde para o autocuidado. A consulta deve focar nos fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão e estar voltada para as possibilidades de fazer a prevenção secundária, manutenção dos níveis pressóricos abaixo da meta e o controle de fatores de risco (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; BRASIL, 2011).

2.4 Classificação do risco cardiovascular

A intensidade das intervenções preventivas devem ser determinadas pelo grau de risco cardiovascular, estimado para cada indivíduo e não pelo valor de um determinado fator. Para isso, é utilizada a classificação individual em baixo (leve), moderado e alto (grave). A estratificação de risco está baseada na classificação inicial, levando em conta o exame clínico e exames complementares quando o risco for moderado e grave (BRASIL, 2006b).

Segundo o MS a classificação pode ser repetida de 3 a 5 anos, sendo dividida em três etapas:

1. Estratificação do risco: inclui dados clínicos como idade, sexo, história clínica, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura (IMC) e exame focado em manifestações de aterosclerose. Segundo o Ministério da Saúde (2010), são fatores de risco baixo/ intermediário: tabagismo, hipertensão, obesidade, sedentarismo, sexo masculino, história familiar de evento cardiovascular prematuro (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) e idade > 65 anos; e alto: acidente vascular cerebral prévio, infarto agudo do miocárdio prévio, lesão periférica – lesão de órgão alvo, ataque isquêmico transitório, hipertrofia do ventrículo esquerdo, nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática, diabetes mellitus. O cálculo deve ser realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/ intermediário.

2. Avaliação clínico-laboratorial: glicemia de jejum, perfil lipídico, ECG, creatinina e exame de urina.

3. Aplicação do escore de risco global: escore de Framingham (anexo 1 e 2). É uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano e classifica os indivíduos por meio de pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular: a) baixo risco: quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em menos de 10 anos. O seguimento para um indivíduo com pressão arterial limítrofe pode ser anual após orientação sobre hábitos de vida saudáveis. b) risco intermediário: quanto a chance de um evento cardiovascular estiver entre 10% e 20% de ocorrer em 10 anos. O seguimento para indivíduos com pressão arterial limítrofe será semestral e se estiver disponível, encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde. c) alto risco: quando existir mais de 20% de chance de ocorrerem um evento cardiovascular em 10 anos ou houver presença de lesão em órgão alvo. O acompanhamento em indivíduos com pressão arterial limítrofe deverá ser realizado trimestralmente, após orientações sobre estilo de vida saudável e encaminhamento para ações de educação em saúde.

2.5. HIPERDIA: Cadastramento e acompanhamento do paciente hipertenso

Criado pela Portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002, o Programa HiperDia tem como objetivo cadastrar no Ministério da Saúde, os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, a fim de estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças. Promove assistência farmacêutica, atividades de educação em saúde individual e coletiva formando grupos interativos abordando assuntos de importância para o controle clínico e de interesse aos usuários participantes, favorecendo e incentivando a mudança de hábitos de vida.

Em 2003 o Ministério da Saúde amplia a integração e a qualificação do cuidado, com o Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O objetivo era organizar os serviços através de ações de detecção, controle e prevenção dos agravos, na rede básica de saúde. Para isso, foi criado o Sistema de Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos (SISHiperdia) e o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2012).

Em 2012, a Secretaria de Atenção à Saúde, reavaliou os sistemas de informação, na tentativa de integrar e ampliar o escopo de agravos cobertos pelo HiperDia. O objetivo é apoiar as equipes de atenção básica e auxiliar na gestão de tomada de decisão (BRASIL, 2012).

Carvalho Filha; Nogueira e Viana (2010) relatam que o HiperDia é uma ferramenta essencial para instrumentalizar a prática de atendimento aos usuários hipertensos/e ou diabéticos, por gerar informes que possibilitam o conhecimento da situação e mapeamento dos riscos para potencializar a atenção a estas pessoas e minimizar os fatores condicionantes de complicações das doenças.

O Ministério da Saúde publica em 2013 a Portaria GM, nº 252 que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013).

Essa rede tem por objetivo fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. Além disso, a rede também:

“amplia o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde; promove o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; proporciona acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo a integralidade do cuidado, conforme necessidade de saúde do usuário; promove hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas; amplia as ações para enfrentamento aos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool; atua no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre sua doença e ampliar a sua capacidade de autocuidado e sua autonomia; e impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas” (BRASIL, 2013).

A implantação do HIPERDIA possibilitou a implantação de ações contínuas e capilarizadas no cuidado de pacientes hipertensos e diabéticos. Sugeriu que o cuidado ofertado devia estar além do binômio queixa-conduta, atuando na identificação de portadores assintomáticos, monitorando o tratamento e estabelecendo vínculos entre profissional-paciente-cuidadores, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (BRASIL, 2013).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo:

O estudo é um projeto de intervenção, do tipo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, realizado na USF de Andorinhas em Vitória, Espírito Santo.

Gil (2007) assegura que este tipo de estudo, proporciona maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, aprimorando idéias ou a descoberta da intuição.

Também foi feita a pesquisa bibliográfica, através de utilização de fontes bibliográficas de referencia. Para Gil (2007) e Martins (2002), a pesquisa bibliográfica permite conhecer as contribuições científicas sobre determinado assunto.

Na pesquisa bibliográfica, foram utilizados referencias de artigos científicos, teses, livros que embasaram o assunto, buscados em sites da Lilács, Scielo, sendo que o arcabouço teórico está balizado nos temas: Conceituação e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica; Vínculo, acesso e atendimento ao paciente portador de HAS; Atuação dos Enfermeiros frente a Hipertensão Arterial, em Estratégias da Saúde da Família; Classificação do risco cardiovascular; HIPERDIA: Cadastramento e acompanhamento do paciente hipertenso;

3.2 Coleta de Dados

Para atingir o objetivo proposto, foi utilizado o banco de dados do Sistema SISHiperdia, e da Rede Bem Estar, software utilizado pelo município de Vitória, com os dados de saúde (prontuário eletrônico) e SISFAR.

3.3 Local do Projeto de Intervenção

O projeto foi realizado em duas Equipes de Saúde da Família, no bairro de Andorinhas, município de Vitória, Estado de Espírito Santo, no período de outubro a dezembro de 2013.

O bairro de Andorinhas localiza-se no nordeste da ilha de Vitória, as margens do Canal de Camburi, próximo à Ponte da Passagem. Faz divisa com o canal da baía de Vitória ao norte, com o bairro Santa Martha à leste, com a Avenida Nossa Senhora da Penha a oeste, e Avenida Maruípe ao sul. Faz parte da região administrativa e de saúde de Maruípe.

A história do bairro Andorinhas teve início nos anos 60, com processo de ocupação no manguezal já existente, que culminou em aglomerados de barracos e palafitas permeando as margens do Canal da Passagem. O manguezal, inicialmente de propriedade da Marinha, recebeu esta denominação, pela existência de uma pedra às margens do mangue, onde pousavam andorinhas em grande quantidade, que faziam parte do ecossistema local da área. Com a ocupação, desde então, o mangue passou a ser moradia de migrantes do interior do Espírito Santo, do norte de Minas Gerais e do sul da Bahia, que chegavam à cidade em busca de trabalho e melhores condições de vida. Os primeiros moradores delimitavam seu terreno e efetuavam o aterro. As casas eram construídas precariamente de madeira. A ocupação se deu de forma desordenada provocando a descaracterização do ambiente natural do mangue, sendo posteriormente urbanizada sem planejamento e organização ((BRAGATTO; BERMUDES; TORRES, 2010; PREFEITURA DE VITÓRIA, 2013a).

A Unidade de Saúde da Família (USF) “Luiz Cláudio Passos”, conhecida pela comunidade como “Unidade de Andorinhas”, foi fundada em 1979, com um território que incluía os bairros de Santa Martha, Joana D’arc, Santa Luiza e Andorinhas. Em 2006, com a inauguração das Unidades de Saúde localizada no Bairro Santa Martha e Santa Luiza, passou por um processo de reterritorialização incorporando a seu território o bairro Engenharia. Atualmente conta com uma população que correspondente a 5652 pessoas (BRAGATTO, BERMUDES, TORRES, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no território em 1998, e desenvolve suas atividades através de duas equipes de saúde compostas por: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico de saúde bucal (TSB). Além disso, contam com profissionais de apoio: médico clínico geral e residentes. Destacamos também que desde 2007, o município de Vitória tem trabalhado a saúde da família com extensão da equipe mínima, e inserido outros profissionais com graduação na área da saúde (BRAGATTO, BERMUDES, TORRES, 2010).

O território de abrangência da USF “Luís Claudio Passos” apresenta uma extensão territorial de 0,13 km², com densidade populacional de 3,41. A extensão territorial é delimitada por microáreas, ficando a Equipe 1 (Equipe de Saúde da Família) com as microáreas (03, 04, 06) e a Equipe 2 com as microáreas (02, 05). O território de Andorinhas tem suas moradias dispostas

em aglomerações e em inúmeros becos, muitas em condições precárias, influenciando diretamente a saúde da população (BRAGATTO, BERMUDES, TORRES, 2010).

De acordo com Bragatto, Bermudes e Torres (2010), a distribuição da população do território de Andorinhas tem como predomínio as faixas etárias de 10 a 29 anos em ambos os sexos, correspondendo a 22,58% da população do Território. Há predominância do sexo feminino nas faixas etárias de 60 a 80 anos.

Em relação aos aspectos socioeconômicos os autores Bragatto, Bermudes e Torres (2010) descrevem como maioria predominante pessoas que trabalham como doméstica. Porém, apontam que parte da população está ociosa em decorrência provavelmente do desemprego causado pela falta de capacitação profissional ou pela falta de absorção pelo mercado de trabalho. O bolsa família complementava a renda de 62 famílias no ano de 2009.

O perfil epidemiológico do município de Vitória (incluindo o Bairro de Andorinhas) assemelha-se ao cenário nacional, onde se observa uma transição com mudança na estrutura do perfil de morbi/mortalidade refletida na queda da mortalidade infantil, diminuição da fecundidade, aumento da expectativa de vida e, conseqüente envelhecimento da população. Em decorrência, verifica-se o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, tendo como primeira causa de morte no Município no ano 2008, as doenças cardiovasculares, seguidas dos óbitos decorrentes de neoplasias e em terceiro lugar causas externas (BRASIL, 2008).

3.4. Critérios de Seleção:

Foi utilizado o universo populacional atendido pelas duas equipes de saúde da família e disponibilizado pelo SIAB e cadastrado no SISHiperdia e ser acompanhado pela equipe da Estratégia Saúde da Família

4 RESULTADO E ANÁLISE

4.1. CADASTRAMENTO DO HIPERDIA

A população acima de 20 anos atendida pela Unidade de Saúde de Andorinhas é de 4.029 pessoas, distribuídas entre as duas equipes de saúde da família. Na equipe 1 são atendidas 1.872 pessoas e na equipe 2 são atendidas 2.157 pessoas.

O número de hipertensos cadastrados no SIAB, até a primeira quinzena de abril foi de 865 pacientes, sendo que estão em acompanhamento 433 pacientes pela equipe 1 e 432 pacientes pela equipe 2. A prevalência de hipertensão arterial nos pacientes acompanhados pela equipe 1 é de 23,13% , enquanto na equipe 2 é de 20,02 %.

No último relatório emitido em fevereiro/ 2014, pela Rede Bem Estar, estavam cadastradas no programa hiperdia 178 pacientes. Destes: 111 possuíam hipertensão arterial e 51 hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Após o levantamento de número de hipertensos atendidos pela equipe de saúde da família, a proposta de intervenção, que consiste em dois momentos:

Primeiro momento: Cadastramento no SISHiperdia - A proposta de trabalho acordada pelas equipes, e que melhor se encaixa no processo de trabalho implementados no serviço de saúde, é programar o cadastramento no momento dos atendimentos dos profissionais de saúde ao pacientes hipertensos. A unidade conta com prontuário eletrônico e dentro dele espaço destinado ao preenchimento online da ficha de cadastramento no programa.

Segundo momento: Classificação do risco cardiovascular - será realizada por enfermeiros, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Dessa forma, durante a consulta programada de enfermagem ou nas ações coletivas será aplicada a escala de Framingham para avaliação de risco aos pacientes que tiverem exames realizados há pelos menos três meses. Para os que não possuem exame, será solicitado os exames preconizados (colesterol total e glicose de jejum). A classificação em leve, moderado ou grave deverá constar no prontuário eletrônico do paciente, na barra de alertas, facilitando a visualização dos profissionais.

4.2. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após o cadastramento e a classificação dos pacientes portadores de hipertensão arterial, estimando o risco cardiovascular, serão direcionados os atendimentos médicos e de enfermagem. De acordo com o critério utilizado, o paciente classificado como grave, terá seu retorno ao serviço agendado para no máximo 30 dias. O paciente classificado como moderado, terá seu retorno agendado para três meses e o paciente leve, terá seu retorno programado para seis meses a um ano.

Dessa forma, os atendimentos dos profissionais serão otimizados, com garantia do acesso ao grupo de maior vulnerabilidade de complicações.

A possibilidade de flexibilização no horário funcionamento do serviço de saúde de modo a facilitar o atendimento a população trabalhadora, também melhora o acesso e adesão. Isso é possível, com extensão do serviço uma ou duas vezes no mês. Além disso, é possível otimizar a estadia do paciente no serviço, garantindo durante a permanência para consulta o agendamento para coleta de exames, dispensação de medicação e agendamento de retorno.

Outro ponto de destaque é potencializar a visita do agente comunitário de saúde e do auxiliar de enfermagem e demais membros da equipe, com o objetivo de realizar busca ativa dos faltosos aos atendimentos e a inclusão de orientações para hábitos saudáveis, auxílio para tomada de medicamentos e aferição de pressão arterial no domicílio.

Por último, como o serviço de saúde conta com equipe multiprofissional estendida, incluindo profissional de educação física, é possível realizar propostas de atividades físicas e avaliação de massa corporal, para os indivíduos sem restrição médica. O que facilita e estimula a prática diária de exercícios físicos, bem como redução de peso.

Todos os fatores correlacionados fortalece sem duvida a relação do paciente portador de hipertensão arterial com o serviço, estabelece a co-participação e garante a participação da família e da comunidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou propor a classificação de risco como forma de reestruturar o cuidado para população hipertensa cadastrada no SISHiperdia, atendida na USF Andorinhas, Vitória - ES. Para tanto como procedimentos foram utilizados o banco de dados dos Sistema SISHiperdia, da Rede Bem Estar e SISFAR, fornecendo dados qualitativo.

É importante destacar que com a melhoria no numero de pacientes cadastrados e com a classificação da estimativa do risco cardiovascular, houve um direcionamento mais eficaz aos atendimentos médicos e de enfermagem, sendo garantida a equidade ao serviço. Isso sem duvida otimiza e direciona o atendimento dos profissionais, possibilitando acesso ao pacientes hipertensos graves. Trabalhar com paciente hipertenso e garantir mudanças no processo de trabalho é um desafio. No entanto é possível.

A flexibilização do horário para atendimento a população trabalhadora portadora de hipertensão arterial, também garante acesso. A extensão do atendimento e a otimização da estada do paciente no serviço, melhora a relação do paciente com o serviço e evita idas e vindas desnecessárias.

Entendemos que com a potencialização das visitas domiciliares, estimula a inserção da família e sua coparticipação no tratamento, favorece a adesão e estimula o portador de hipertensão a manter hábitos de vida saudável.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. A; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento e hipertensão arterial de diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.** São Paulo, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012 Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf>. Acesso: 24 abril 2014.

BRAGATTO, A. C, BERMUDEZ, S. do C. C, TORRES, S. R. M. **Gerencia de Unidade de Saúde: caso da Unidade de Saúde da Família “Luiz Claudio Passos”**. 2010. 177f. Monografia (Especialização em Gerencias de Unidades Básicas de Saúde). Faculdade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 371 de 04 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/hiperdia/manuas>>. Acesso: 20 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos** – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. **Princípios básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2003. Institui a Rede de Atenção a Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso: 24 abril 2014.

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, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 março 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011/2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota técnica HIPERDIA. Ministério da Saúde, Brasília: 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nt_cgat.pdf>. Acesso: 20 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

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, 2013.

BRITO, D. M. S. et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: 24 abril 2014

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CAMPOS, G. W. S.. Saúde Paidéia. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso 16/03/2014.

FUCHS S. C. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Revista Brasileira de Hipertensão Arterial. São Paulo, v. 7 n. 3, p. 90-93, 2004. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/revistas/2004_N3_V7/Revista3Hipertensao2004.pdf>. Acesso: 22 abril 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A. ORG. **Tratado prático de enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

CARVALHO FILHA. F. S. S., NOGUEIRA, L. T., VIANA, L. M. M.. HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 12, n. Esp., p.930-936, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br>>. Acesso: 23 abril 2014.

LIMA, A. de S. et al. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**. Serra Talhada, v. 2 n. 1, p.30-29, 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem>> Acesso: 20 abril 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E.. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso: 23 abril 2014.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf> . Acesso em 24 abril 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PALOTA L. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista**. 2010. 91 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-161411/fr.php>> Acesso: 20 abril 2014.

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 595-600, 1997. Disponível em: <<http://www.findthatpdf.com>> Acesso em 20 março 2014.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Vitória em dados: bairro Andorinhas. Disponível em: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/regiao4/andorinhas.asp>> Acesso: 13 outubro 2013a.

PREFEITURA DE VITÓRIA. Vitória bairro a bairro. Secretaria Municipal de Gestão Estratégica: Vitória, 2013b Disponível em: <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/publicacoes/Vitoria_bairro_bairro/Vitoria_bairro_%20a_bairro.pdf> Acesso: 13 outubro 2013.

REINERS. A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 n. suplemento 2, p. 2299-22306, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 22 abril 2014

SANTA HELENA, E. T. et al. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades Estratégicas Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 614-626, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 03 abril 2014.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. 10.1016/S0140-6736 (11) 60135-9, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet>>. Acesso: 20 abril 2014.

SHIMIZU, H. E.; JUNIOR, D. A. de C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso: 24 abril 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v. 95 n. 1 supl.1, p.: 1-51, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br>>. Acesso: 13 outubro 2013.

anexos

Anexo A
Escala de Framingham

