

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem

ANA PAULA MEDRADO DE BARCELLOS

**AÇÕES DE SAÚDE A PORTADORES DE HIPERTENSÃO QUE FORAM A ÓBITO
POR DOENÇA CEREBROVASCULAR, ADSCRITOS A TERRITÓRIOS DE
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONTAGEM, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte / MG

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA PAULA MEDRADO DE BARCELLOS

**AÇÕES DE SAÚDE A PORTADORES DE HIPERTENSÃO QUE FORAM A ÓBITO
POR DOENÇA CEREBROVASCULAR, ADSCRITOS A TERRITÓRIOS DE
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONTAGEM, MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Prevenção e Controle de Agravos à Saúde

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Belo Horizonte / MG
2010

Barcellos, Ana Paula Medrado de.
B242a Ações de saúde a portadores de hipertensão que foram a óbito por doença cerebrovascular, adscritos a territórios de equipes de Saúde da Família de Contagem, Minas Gerais [manuscrito]. / Ana Paula Medrado de Barcellos. - - Belo Horizonte: 2010.
178f.: il.
Orientador: Francisco Carlos Félix Lana.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Hipertensão/epidemiologia. 2. Hipertensão/prevenção&controle. 3. Assistência à Saúde. 4. Promoção da Saúde. 5. Programa Saúde da Família. 6. Vigilância Epidemiológica. 7. Estratégias. 8. Dissertações Acadêmicas. I. Lana, Francisco Carlos Félix. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WG 340



**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Dissertação intitulada "*Ações de saúde a portadores de hipertensão que foram a óbito por doença cerebrovascular, adscritos a territórios de equipes de saúde da família de Contagem, Minas Gerais*", de autoria da mestranda Ana Paula Medrado de Barcellos, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Dr. Francisco Carlos Félix Lana – Orientador - Escola de Enfermagem/UFMG

Dr^a Roseni Rosângela de Sena – Escola de Enfermagem/UFMG

Dr^a Maria José Scochi – Universidade Estadual de Maringá/UEM

Belo Horizonte, 18 de junho de 2010

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Suzana e ao meu pai, Luiz Rubens, fontes de inspiração para minha constante busca de crescimento pessoal e profissional.

Ao Marcelo, estímulo e presença constantes em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, presença de força, equilíbrio e discernimento nessa trajetória.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana, pela forma muito especial de orientar, com gestos de incentivo, amizade, confiança e, ainda, por ter sido fundamental para minha formação com suas intervenções sempre pertinentes, trilhando os caminhos para aqui chegar.

Às amigas, Luzia da Silva, Paula Cambraia de Mendonça Vianna e Suelene Coelho, pelo incentivo e ensinamentos.

Ao colega Evaldo, pela grande contribuição na elaboração do banco de dados, com tranqüilidade e dedicação.

À Jú e ao Talles, pela indispensável colaboração ao final deste trabalho.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem que possibilitaram a realização deste estudo, especialmente, Maria Aparecida Turci.

Aos profissionais das unidades de saúde da família do município de Contagem, em especial, a todos os agentes comunitários de saúde que contribuíram de forma cuidadosa para a localização das fontes de dados.

Aos meus pais por acreditarem em mim e por se orgulharem de minhas conquistas.

Ao Marcelo, pela sua maneira simples de incentivar, nos momentos mais difíceis.

Aos meus queridos irmãos Marta, Helena, Luiz Alexandre, Maria Lúcia e Namur que, mesmo no silêncio, acreditaram e torceram por esta conquista.

Às minhas sobrinhas e amigas Anna e Brú, por incentivarem e sentirem comigo os momentos de alegria e dificuldades que permearam esta trajetória.

Ao João, pela alegria de sua existência.

À minha amiga Elaine, por incentivar e sempre acreditar na possibilidade desta conquista.

Às amigas que encontrei no mestrado, Aline e Bruna, pelo convívio fraterno e pelo apoio e incentivo, no desenvolvimento deste estudo.

A todos que contribuíram de forma direta ou indiretamente para a conclusão desta etapa.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica constitui-se como importante fator de risco para as doenças cardiovasculares. A organização da atenção primária à saúde no controle da hipertensão contribui para a redução de complicações, principalmente o acidente vascular encefálico. Nesse sentido, o Ministério da Saúde aponta o desenvolvimento de ações programáticas dirigidas ao controle da hipertensão arterial como principal estratégia de organização da assistência a este agravo e tais ações devem ser executadas pela Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Objetivo Geral:** Avaliar as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família para o controle da hipertensão arterial sistêmica no município de Contagem – Minas Gerais, tendo como referência a mortalidade por doenças cerebrovasculares reduzíveis e/ou preveníveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção no âmbito do SUS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo, exploratório, descritivo, que se insere no campo da avaliação em saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. A partir daí, foram coletados dados de mortalidade por doença cerebrovascular de 92 óbitos ocorridos nos anos de 2006 e 2007 e pesquisadas informações referentes às ações de saúde dirigidas ao controle da hipertensão arterial sistêmica ofertadas pelas equipes de saúde da família no período de 24 meses que antecederam cada óbito. A apresentação dos dados foi feita na forma de tabelas e gráficos. A análise e contemplou um estudo comparativo entre os resultados encontrados e os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, também, com resultados de outros trabalhos sobre o tema, levantados na literatura científica. **Resultados:** Os registros incompletos de dados e o extravio de documentos (prontuários, fichas do SIAB, fichas de HIPERDIA e livros de registros) ou não existência das fontes de dado para coleta ocasionaram dificuldades e limitações para este estudo. A avaliação dos registros em instrumentos dos sistemas de informação da atenção primária à saúde demonstrou baixa utilização desses instrumentos e precariedade nas informações registradas pelos profissionais de saúde. Os registros da atenção ofertada pelas equipes de saúde da família demonstraram que apesar de mais da metade dos casos ter realizado consulta médica ou de enfermagem, a concentração de consultas médicas e de enfermagem

foi baixa para a maioria dos casos. De modo semelhante, foi observado baixo registro de participação em atividades educativas, de realização de exames laboratoriais ou complementares e de estratificação do risco cardiovascular global.

Considerações finais: Os resultados deste estudo sugerem que na maioria dos casos, a atenção registrada não estava pautada no planejamento e programação das ações e que há fragilidades na identificação e atenção aos indivíduos de risco por parte das equipes de saúde da família. As ações para reorganização da atenção à hipertensão arterial constituem-se como desafio para o Sistema Único de Saúde tendo em vista à necessidade de readequação da atenção primária no desenvolvimento de estratégias dirigidas a prevenção desse agravo, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim, melhor qualidade da atenção prestada e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade relacionada a esse agravo.

Palavras-chave: *doença cardiovascular; doença cerebrovascular; hipertensão arterial; morte evitável; estratégia de saúde da família; vigilância à saúde.*

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is an important factor for cardiovascular disease. The organization of primary health care on the hypertension control contributes to the reduction of complications, especially stroke. Taking this into account, the Ministry of Health indicates the development of programs to hypertension control, as the principal strategy of organizing assistance to this problem and some actions must be implemented by the Family Health Strategy (PSF). The aim of the study was to evaluate the health actions undertaken by group of Family Health for the hypertension control in Contagem City - Minas Gerais, taking as reference the mortality by stroke that could be reducible and / or preventable by appropriate health actions the hypertension prevention, control and care under SUS. This is an exploratory and descriptive study, which is inserted at health evaluation field. All procedures were approved by Ethics Committee of Research of Federal University of Minas Gerais. Data on mortality from cerebrovascular disease from 92 deaths at the year 2006 and 2007 were collected. Data from Health actions aimed to the Hypertension control that was offered by family health group along 24 months preceding each death were collected. Data were shown as tables and graphs. Their analyses were compared with the results and parameters set by the Ministry of Health and other studies at the literature. The incomplete data records and documents lost (medical records, records of SIAB, HIPERDIA sheets and record books) or data non-existent caused some difficulties and limitations to this study. This evaluation demonstrated lower data utilization and poor recording process performed by health professionals. Furthermore, was observed that most of the cases had lower nursing and medical monitoring. The same way, it was verify lower participation to educational activities, laboratory exams performed or to global cardiovascular classifications.

Final considerations: The results of this study suggest that, in the most of cases, the attention recording was not based on the planning and programming of the activities. Furthermore, there are weaknesses on the identification of different risk factors and on health care by the family health group to organize actions for hypertension care. Organization of hypertension care actions is a challenge to the National Health System, taking into account the necessity of readjustment of primary

care to development of strategies aimed to prevent hypertensive events, its complications and health improvement, which can promote better quality of care and thereby reduce morbidity and mortality related to this condition.

Keywords: *cardiovascular disease; cerebrovascular disease; hypertension; preventable death; Family Health Strategy and health surveillance.*

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de definição da população do estudo.....	80
Gráfico 1 – Registro dos fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica.....	103
Gráfico 2 – Frequência de condutas médicas nas consultas para controle de hipertensão.....	117
Gráfico 3 – Frequência de condutas de enfermagem nas consultas realizadas pelo enfermeiro para controle da hipertensão.....	118
Gráfico 4 – Frequência de orientações nas consultas médicas para controle da hipertensão.....	121
Gráfico 5 – Frequência de orientações nas consultas de enfermagem para controle da hipertensão.....	122
Quadro 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	30
Quadro 2 – Atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família nas ações de controle da hipertensão.....	43
Quadro 3 – Atenção programada ao hipertenso na atenção primária à saúde, conforme parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.....	46
Quadro 4 – Atenção programada ao hipertenso na atenção primária à saúde, conforme estratificação do risco global.....	46
Quadro 5 – Requisição mínima de exames ao hipertenso na atenção primária	

à saúde, conforme estratificação do risco global.....	47
Quadro 6 – Risco estratificado e quantificação de prognóstico da hipertensão arterial.....	50
Quadro 7 – Decisão terapêutica da hipertensão arterial segundo o risco cardiovascular.....	51
Quadro 8 – Metas de valores da pressão arterial a serem obtidas com o tratamento.....	51
Quadro 9 – Atenção programada ao hipertenso conforme parâmetros mínimos para 24 meses.....	75

LISTA DE TABELAS

- 1 – Distribuição dos casos de óbitos por doença cerebrovascular (CID-10 – Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) de indivíduos residentes em áreas não cobertas pelo Programa de Saúde da Família, segundo distritos sanitários do município de Contagem.....83
- 2 – Causas de exclusão dos casos de óbitos por doença cerebrovascular (CID-10 - Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) com endereço correspondente à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do município de Contagem.....84
- 3 – Distribuição dos casos de óbitos por doença cerebrovascular (CID-10 - Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) de indivíduos pertencentes à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família segundo Distrito Sanitários do município de Contagem-MG.....87
- 4 – Distribuição dos óbitos segundo sexo, faixa etária e ano de ocorrência do óbito.....88
- 5 – Distribuição dos óbitos por agrupamento de causas básicas de óbito segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID – 10.....89
- 6 – Distribuição das causas básicas de óbitos por doenças do aparelho circulatório segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID – 10.....90
- 7 – Registro da data da ocorrência do óbito pela Equipe de Saúde da Família.....92

8 – Registro do óbito segundo instrumentos da Unidade de Saúde da Família.....	93
9 – Distribuição dos óbitos por cadastro em Fichas A e B do SIAB.....	95
10 – Distribuição dos óbitos por tempo de cadastro na Unidade de Saúde da Família.....	96
11 – Distribuição dos óbitos segundo cadastro no HIPERDIA.....	96
12 – Características dos registros de estratificação do risco global.....	97
13 – Registros de diagnóstico e tempo de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica.....	101
14 – Registros de tratamento, tempo e tipo de tratamento da hipertensão arterial sistêmica.....	102
15 – Registro de complicações em história pregressa do indivíduo.....	105
16 – Registro de internações ocorridas no período de 24 meses que antecederam o óbito.....	105
17 – Distribuição das consultas ofertadas para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito, conforme tipo de consulta realizada.....	107
18 – Registro de consultas médicas para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito.....	108
19 – Registro de consultas de enfermagem para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito.....	110
20 – Concentração de consultas médica e de enfermagem para controle	

da hipertensão arterial sistêmica aos indivíduos que apresentavam complicações.....	112
21 – Concentração de consultas médica e de enfermagem para controle da hipertensão arterial sistêmica aos indivíduos com estratificação de risco registrada.....	113
22 – Registro de condutas e orientações médicas nas consultas para controle da hipertensão.....	116
23 – Registro de condutas e orientações de enfermagem nas consultas para controle da hipertensão.....	117
24 – Atividades de educação em saúde registradas no período de 24 meses que antecederam o óbito.....	125
25 – Controle da hipertensão arterial sistêmica.....	127
26 – Realização de exames para controle da hipertensão arterial sistêmica no período de 24 meses que antecederam o óbito.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AVC -	Acidente Vascular Cerebral
AVE -	Acidente Vascular Encefálico
CEP -	Código de Endereçamento Postal
CID -	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde
COEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT -	Doenças Crônicas não transmissíveis
DO -	Declaração de óbito
ECG -	Eletrocardiograma
ESF -	Equipe de Saúde da Família
HA -	Hipertensão Arterial
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
<i>HDL</i> -	<i>High Density Lipoprotein</i>
HIPERDIA -	Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e <i>diabetes mellitus</i>
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC -	Índice de Massa Corporal
INCA -	Instituto Nacional do Câncer
<i>LDL</i> -	<i>Low Density Lipoprotein</i>
NOAS-SUS -	Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPAS -	Organização Pan-americana de Saúde
PA -	Pressão Arterial
PSF -	Programa de Saúde da Família
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM -	Sistema de Informações de Mortalidade
SUS -	Sistema Único de Saúde
USF -	Unidade de Saúde da Família

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	Objetivo Geral.....	26
1.2	Objetivos Específicos	26
2	REVISÃO LITERÁRIA: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AÇÕES DE CONTROLE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	27
2.1	Doenças crônicas não transmissíveis e doença cardiovascular	27
2.2	Hipertensão arterial sistêmica: conceito classificação, fatores de risco, epidemiologia	29
2.3	Doença cerebrovascular e acidente vascular encefálico: conceito, classificação, fatores de risco, epidemiologia.....	32
2.4	Atenção primária e responsabilidades da equipe de saúde da família no controle da hipertensão arterial	35
2.5	Monitoramento e acompanhamento de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde	44
3	METODOLOGIA	61
3.1	Desenho do estudo.....	61
3.2	Período do estudo	62
3.3	Cenário do estudo	62
3.4	População de estudo	63
3.5	Coleta de dados: fontes de dados e variáveis do estudo	65
3.6	Tratamento e análise dos dados	76
3.7	Considerações Éticas	78
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1	Definição e caracterização da população de estudo	79
4.2	Características dos registros de acompanhamento dos portadores de hipertensão.....	92

4.3	Atenção ofertada aos portadores de hipertensão.....	107
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
	REFERÊNCIAS.....	138
	ANEXOS.....	155

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença comum e que, frequentemente, se mantém assintomática, até uma fase tardia de sua evolução. Constitui-se como importante fator de risco populacional para as doenças cardiovasculares representando agravo de saúde pública, do qual, cerca de 60 a 80% dos casos, podem ser tratados na rede de atenção primária (BRASIL, 2001a).

Nesse sentido, em 2001, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores e consequente redução da morbimortalidade associada à hipertensão. Nesse plano é estabelecido que, ao nível primário da atenção, os serviços devem atuar na detecção precoce, tratamento e acompanhamento da população de risco para a hipertensão (BRASIL, 2001a).

A priorização na atenção aos portadores de hipertensão arterial também é orientada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/2002, que estabelece o controle da hipertensão arterial entre as áreas de atuação estratégicas mínimas da atenção primária, nos municípios (BRASIL, 2002a). Conforme descrito na NOAS, o diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa, tratamento, diagnóstico precoce de complicações, medidas preventivas de controle de fatores de risco e prevenção de complicações são ações de responsabilidades da atenção primária à saúde, para o controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2002a).

A necessidade de implantação de ações programáticas no país, para o controle da hipertensão arterial, pode ser justificada pelos dados abaixo.

- Estima-se que, aproximadamente, 30% da população geral, com mais de 40 anos possa ter a pressão arterial (PA) elevada (OPAS, 2009).
- Inquéritos de base populacional realizados em cidades brasileiras indicam que a prevalência da hipertensão na população adulta (idade igual ou superior a 18 anos) varia de 13,8% a 29,6% (BRASIL, 2007, 2008a, 2009a).
- Parcela importante da população adulta, com hipertensão, não sabe que é hipertensa (TOSCANO, 2004).

- Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002). Soma-se a isso o fato de que a hipertensão não controlada contribui para a ocorrência do acidente vascular encefálico, principal causa de morte por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001a).
- Quase dois terços dos acidentes vasculares encefálicos e metade das cardiopatias são atribuíveis à pressão arterial sistólica acima de 115 mmHg (OPAS, 2003).

Desse modo, a detecção precoce da hipertensão arterial por meio da verificação da pressão arterial e a introdução da terapêutica adequada, medicamentosa ou não são elementos importantes para o controle da hipertensão arterial e para a redução da morbimortalidade por complicações relacionadas a esse agravo (SCOCHI, 2001).

Além disso, a organização da atenção ao controle da hipertensão, por meio da identificação dos portadores de hipertensão e do controle adequado dos níveis pressóricos pode contribuir para a redução do acidente vascular encefálico e da doença isquêmica coronariana, proporcionando grande impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), em termos de redução da morbimortalidade e de diminuição dos custos sociais e financeiros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002).

Diante disso, a prevenção da hipertensão e de suas complicações deve estar na agenda de prioridades da atenção primária à saúde, conforme descrito na Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2004, p. 14):

[...] pode ser efetuada por meio da identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), da identificação de casos não diagnosticados (prevenção secundária) e do tratamento dos casos clínicos visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

No entanto, a avaliação do plano destaca que, apesar da existência de experiências municipais bem sucedidas, quanto ao acompanhamento dos portadores de hipertensão, no âmbito da atenção primária à saúde, ainda observa-se a falta de vínculo entre os portadores de hipertensão arterial e as unidades de saúde, com atenção centrada no atendimento da demanda espontânea. De modo

semelhante, as ações de promoção da saúde e diminuição dos fatores de risco não são desenvolvidas de forma sistemática pelos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde aponta o desenvolvimento de ações programáticas dirigidas ao controle da hipertensão arterial como principal estratégia de organização da assistência a esse agravo e tais ações devem ser executadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2001a).

O Programa de Saúde da Família foi implantado pelo Ministério da Saúde no Brasil, em 1994, como uma tentativa de reorientação do modelo de atenção à saúde vigente (BRASIL, 1997), a partir da priorização da atenção primária, proporcionando uma mudança nas práticas de saúde orientadas pelo modelo biomédico, centrado na cura e na doença (VIANA; DAL POZ, 1998).

Porém, a organização desse nível de atenção, a partir do Programa de Saúde da Família, constitui-se como um desafio para muitos municípios brasileiros na promoção e proteção da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades de forma integral e contínua, reafirmando, dessa forma, os princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade que regem o SUS (VIANA; DAL POZ, 1998).

Nesse contexto, Sousa, Souza e Scochi (2006, v. 87, p. 497) descrevem a atenção à saúde desenvolvida pelas equipes de saúde da família (ESF):

Em muitas situações os atendimentos ocorrem de modo não sistemático ou nos serviços de emergência, identificando-se dificuldades da rede de agir baseada em critérios de risco. As equipes não estão preparadas para atuar programaticamente, sobressai o atendimento à demanda espontânea em contraposição à alternativa do trabalho programático e da oferta organizada, expressando ausência de planejamento para uma base populacional e despreparo no monitoramento e na avaliação da efetividade das ações desenvolvidas.

É importante destacar que apesar da existência de políticas de atenção à saúde, dirigidas ao controle da hipertensão, em especial na atenção primária, por meio da atenção programática e da organização da oferta, observa-se ainda elevada mortalidade por complicações decorrentes da hipertensão arterial, principalmente, em decorrência do acidente vascular encefálico. Esse fato pode indicar falhas no planejamento da atenção baseado na vigilância à saúde desse grupo populacional.

Nesse contexto, alguns estudos demonstraram que apenas 30% dos portadores de hipertensão atingem níveis de controle da pressão arterial (OLMOZ; LOTUFO, 2002) e dados nacionais apontam que somente 40% dos hipertensos

diagnosticados permanecem em tratamento por um período inferior médio a quatro anos e que apenas 4 a 12% dos hipertensos atingem níveis de controle da pressão arterial, indicando falhas no sistema de atenção e, conseqüentemente, baixa eficácia de intervenção (BRASIL, 1993a, 1993b).

A magnitude da doença é de grande importância, principalmente ao se considerar as conseqüências do acidente vascular encefálico como a invalidez, gerando alto custo social e econômico (LESSA, 1998).

Destaca-se que, em algumas regiões do Brasil, observa-se redução das taxas de mortalidade por doença cerebrovascular, em todas as faixas etárias e sexo (CESSE *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2006) e, provavelmente, reflete mudanças no comportamento relacionados ao controle dos fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica. No entanto, quando comparada a outros países, a mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil é ainda elevada (SOUZA *et al.*, 2006).

Estudos apontam que, apesar da tendência de declínio das taxas de mortalidade por doença cerebrovascular, ainda observa-se que essa é a principal causa de mortalidade por acidente vascular encefálico, em todas as regiões do Brasil (LOTUFO, 2000, 2005).

Dados nacionais de 2006 e 2007 apontam as doenças do aparelho circulatório como responsáveis pela maioria dos óbitos no Brasil, sendo que as doenças cerebrovasculares figuram como a principal causa de mortalidade entre todas as causas, seguidas das doenças isquêmicas do coração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2007a)¹.

No mesmo período, no município de Contagem, as doenças cerebrovasculares também foram as principais causas de óbito por doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças cardíacas e hipertensivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, 2007b)².

A tendência de queda nos óbitos por doenças do aparelho circulatório também é observada no município de Contagem nos últimos anos, mas, mesmo assim, essas doenças ainda têm sido relacionadas às principais causas de óbito no município (CONTAGEM, 2009).

Diante disso, a escolha do município de Contagem como cenário deste estudo se deve à relevância dos dados epidemiológicos relacionados às doenças do

¹ <http://www.datasus.gov.br>

² <http://www.datasus.gov.br>

aparelho circulatório, em especial às doenças cerebrovasculares e, a opção pela avaliação na Estratégia de Saúde da Família se deve ao fato de se configurar como estratégia prioritária para o Ministério da Saúde, na tentativa de organização da rede de atenção primária à saúde e de incluir, dentre as diversas ações que desenvolve, a organização da assistência ao controle da hipertensão arterial.

Conforme apontam Malta *et al.* (2007), algumas causas de morte podem ser reduzidas, no âmbito do SUS, por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis. Essas causas são descritas pelos autores, na lista de causas de morte evitáveis em indivíduos de cinco anos a 75 anos e incluem:

- a mortalidade por hipertensão essencial primária (CID: I10) segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão, Capítulo IX (OMS, 1995) e;
- a mortalidade por doenças cerebrovasculares conforme CID 10 /Capítulo IX: I61.0 a I61.9 (Hemorragia Intracerebral); I63.0 a I63.5 (oclusão e estenose de artérias cerebrais e pré cerebrais que resultam em infarto cerebral); I63.8 (Outros infartos cerebrais); I63.9 (Infarto cerebral não especificado); I64 (AVC não especificado como hemorrágico ou infarto); I65.0 a I65.9 (Oclusão e estenose de artérias pré cerebrais, não resultando em infarto cerebral); I66.0 a I 66.9 (Oclusão e estenose de artérias cerebrais, não resultando em infarto cerebral).

Malta *et al.* (2007, v. 16, p. 233) consideram que “as causas de mortes evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis, em um determinado local e época.” Segundo Suárez-Varela, Llopis e Tejerizo (1996) a mortalidade evitável é definida como as causas de óbitos, cuja ocorrência está relacionada à intervenção médica.

Em revisão ao conceito de mortes evitáveis, proposto por diferentes autores, Malta e Duarte (2007) o consideraram como ferramenta importante para avaliar a efetividade dos serviços de saúde e monitorar o impacto das ações de saúde em uma dada região.

De modo semelhante, Starfield (2002) ressalta a importância da investigação do óbito por problema da lista de mortes preveníveis buscando determinar se houve atenção inadequada à comunidade. Além disso, as estatísticas vitais são úteis ao fornecimento de informações básicas das causas de morte e são utilizadas para a

avaliação das necessidades de saúde da comunidade (SILVA, 2003; STARFIELD, 2002) e avaliação de programas de saúde (SILVA, 2003).

No entanto, o estudo da mortalidade enquanto evento evitável por ações efetivas dos serviços de saúde apresenta limitações, dentre elas, “[...] o fato de que morte representa apenas o extremo do problema, sendo que a falta de efetividade dos serviços de saúde que não levam à morte não serão analisados.” (MALTA; DUARTE, 2007, v. 12, p. 766).

Apesar disso, Malta e Duarte (2007, v. 12, p. 766) ressaltam algumas vantagens desse tipo de estudo:

[...] a morte é um evento objetivamente aferido, o uso obrigatório da classificação internacional de doenças (CID) padroniza sua classificação permitindo comparabilidade e a obrigatoriedade legal de sua notificação ao sistema de informação de mortalidade do Brasil e de várias partes do mundo concorre para altas coberturas dessas notificações.

Pelo exposto, torna-se importante questionar se indivíduos hipertensos que faleceram por acidente vascular encefálico, em decorrência de doença cerebrovascular segundo CID-10/Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66, se beneficiaram das ações de controle da hipertensão desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, sendo monitorados adequadamente de acordo com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, 2001b).

Nesse sentido, pretende-se, com o presente estudo, avaliar a atenção à saúde desenvolvida pelas equipes de saúde da família no controle da hipertensão arterial sistêmica, tendo por referência a atenção ofertada a indivíduos hipertensos que faleceram por acidente vascular encefálico, em decorrência de doença cerebrovascular segundo CID-10/Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66, a partir dos registros das ações ofertadas a cada indivíduo em comparação às ações de controle e monitoramento da hipertensão preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, 2001b) buscando investigar se as equipes de saúde da família estão oferecendo atenção adequada aos indivíduos portadores de hipertensão.

Segundo Donabedian (1966), a análise do processo de atendimento dos cuidados ofertados em saúde pode medir a avaliação da qualidade do cuidado prestado e contribui para conhecer se a boa prática médica tem sido aplicada. Para

tanto, os registros clínicos são importantes fontes de dados para a maioria dos estudos do processo de cuidados médicos (DONABEDIAN, 1966).

Vale ressaltar que não há estudo científico sobre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do município de Contagem, no controle da hipertensão arterial e, portanto, acredita-se que o desenvolvimento desse estudo possibilitará conhecer melhor as práticas desenvolvidas e fornecer informações úteis à organização do processo de trabalho das equipes no controle da hipertensão arterial sistêmica, tendo em vista a qualidade da atenção, prevenindo complicações e reduzindo a mortalidade.

1.1 Objetivo Geral

Avaliar as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família para o controle da hipertensão arterial sistêmica no município de Contagem, Minas Gerais, tendo como referência a mortalidade por doenças cerebrovasculares reduzíveis e/ou preveníveis, por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção no âmbito do SUS.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar a distribuição dos óbitos por doença cerebrovascular (CID 10 /Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66), no município segundo distritos sanitários;
- Identificar as causas de óbitos por doença cerebrovascular (CID 10 /Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) de indivíduos residentes em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família;
- Analisar as ações de saúde dirigidas ao controle da hipertensão arterial ofertadas pelas equipes de saúde da família aos indivíduos que faleceram por doença cerebrovascular, na rede de atenção primária à saúde, com ênfase nas ações de prevenção e controle de complicações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2 REVISÃO LITERÁRIA: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E AÇÕES DE CONTROLE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.1 Doenças crônicas não transmissíveis e doença cardiovascular

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo. Estimativas da *World Health Organization (WHO)* apontam que as DCNT já são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças (*WHO*, 2005). Além disso, estima-se que em 2020, 73% de todas as mortes sejam atribuídas a essas doenças (BRASIL, 2001a; OPAS, 2003; *WHO*, 2002, 2005).

No Brasil, as DCNT são as principais causas de morte por causa conhecida (BRASIL, 2008b). Nos anos de 2002 a 2004, observou-se um discreto aumento na proporção de óbitos ocorridos no Brasil, por doenças não transmissíveis, porém sem importante diferença entre os anos (BRASIL, 2006a).

São consideradas doenças crônicas não transmissíveis: doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias. Dentre essas doenças, as cardiovasculares são a principal causa de morte, sendo responsáveis por cerca de 17 milhões dos óbitos anuais em todo o mundo (OPAS, 2003; *WHO*, 2005).

As doenças cardiovasculares incluem: doenças coronarianas (doença isquêmica e infarto), acidente vascular encefálico (AVE), hipertensão, insuficiência cardíaca e doença reumática cardíaca. As doenças isquêmicas e o acidente vascular encefálico são as principais causas de óbitos por doenças cardiovasculares em todo o mundo somando 12 milhões de óbitos anuais (OPAS, 2003; *WHO*, 2002, 2005). Além da relevância da mortalidade por doenças cardiovasculares, estima-se que aproximadamente 20 milhões de indivíduos sobrevivem a infartos e AVE, todo ano, no mundo e, muitos deles, demandam gastos na atenção à saúde por longo prazo (OPAS, 2003; *WHO*, 2002, 2005).

Em 1998, um estudo mostrou que na população brasileira as doenças cardiovasculares ocuparam o primeiro lugar em relação aos anos de vida perdidos por morte prematura, no conjunto das doenças não transmissíveis, com

preponderância das doenças isquêmicas do coração e do acidente vascular encefálico (SCHRAMM *et al.*, 2004). Em 2002, o acidente vascular encefálico foi a principal causa de óbito em todas as regiões do Brasil, acometendo as mulheres em maior proporção (LOTUFO, 2005).

A mortalidade por doenças cardiovasculares representou 29,4% do total de óbitos no Brasil, no ano de 2006 e configurou-se como o principal grupo de causas de morte no país, em todas as regiões e para ambos os sexos. Além disso, a doença cerebrovascular foi a primeira causa de óbito na população, correspondendo a 9,4% da mortalidade geral no país (BRASIL, 2009b).

No Estado de Minas Gerais, a mortalidade na faixa etária entre 40 a 59 anos, correspondeu a uma proporção de quase 20% do total de óbitos, em 2006. As doenças do aparelho circulatório, conforme definição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10^a Revisão (CID-10), capítulo IX (OMS, 1995) são o principal grupo de causas de mortalidade em ambos os sexos, nesse grupo etário, correspondendo a 26,5% dos óbitos (MINAS GERAIS, 2007a).

Segundo estimativa da *World Health Organization – WHO* (2002), até 2010 as doenças cardiovasculares seriam a principal causa de mortalidade, nos países em desenvolvimento. Atualmente, quase 80% dos óbitos por doenças cardiovasculares, no mundo, ocorrem em países em desenvolvimento, sendo que esses países respondem por 86% da doença (OPAS, 2003).

Segundo a OPAS (2003), mais de 50% de todos os óbitos por doenças cardiovasculares poderiam ser evitados por intervenções coletivas e individuais de redução dos fatores de risco.

Os principais fatores de risco biológicos para as doenças cardiovasculares são: hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade e sobrepeso e diabetes tipo 2. Outros fatores de risco incluem: sedentarismo, baixo consumo de frutas e verduras, elevado consumo de sal e gorduras saturadas, consumo de álcool e tabagismo (OPAS, 2003).

Esses fatores de risco são responsáveis por, aproximadamente, 75% das doenças cardiovasculares e a presença de mais de um fator de risco pode contribuir para o agravamento da doença cardiovascular (OPAS, 2003; WHO, 2002). Além disso, a hipertensão arterial destaca-se como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006b).

Além dos fatores de risco modificáveis, a dificuldade de acesso a ações preventivas e de diagnóstico são fatores importantes que contribuem para a carga de doenças crônicas (*WHO*, 2005), inclusive de doenças cardiovasculares.

2.2 Hipertensão arterial sistêmica: conceito, classificação, fatores de risco, epidemiologia

A hipertensão arterial constitui-se com um importante problema de saúde pública em decorrência das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades, gerando custos médicos e socioeconômicos elevados (*SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA*, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica, não transmissível, de natureza multifatorial, assintomática (na grande maioria dos casos) que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, levando a um aumento da tensão sanguínea nos vasos, capaz de comprometer a irrigação tecidual e provocar danos aos órgãos por eles irrigados (*BRASIL*, 2002b, p. 6).

Ainda, segundo Ribeiro e Lotufo (2005, p. 3), “[...] consiste em uma situação definida pela persistência de níveis de pressão arterial acima de valores que a longo prazo aumentam o risco de doença e morte.”

De acordo com o critério atual de classificação da hipertensão arterial, em consultório estabelecido pela *World Health Organization* (1999) e pelo *Seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure* (2003) considera-se hipertenso todo indivíduo adulto acima de 18 anos que apresente pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg, em duas verificações em posições ortostática e supino, sendo ambas realizadas em dois dias diferentes.

O QUADRO 1 mostra a classificação da pressão arterial para indivíduos acima de 18 anos de idade. O limite de pressão arterial considerado normal é arbitrário e a avaliação dos indivíduos deve considerar, além do valor da pressão

arterial, a presença de fatores de risco e/ou lesões em órgãos-alvo e doenças associadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

QUADRO 1
Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão arterial sistólica (mmHg)	Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 10.

Nota: mmHg = milímetro de mercúrio

Os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica são: a idade, etnia, hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais, consumo elevado de álcool e tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, baixo nível sócio-econômico (CHOBANIAN *et al.*, 2003; OPAS, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A HAS é considerada, ao mesmo tempo, uma patologia e um fator de risco, constituindo-se como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, 50% dos casos de insuficiência renal terminal, quando associada ao diabetes (BRASIL, 2006b; CHOBANIAN *et al.*, 2003).

Vale ressaltar que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg (LEWINGTON *et al.*, 2002) e que o acidente vascular encefálico guarda relação direta com a hipertensão arterial (LESSA, 1985; LOTUFO, 1996).

A *World Health Organization - WHO* (2002) estima que há, pelo menos, 600 milhões de hipertensos no mundo e a doença causa cerca de 7,1 milhões de óbitos anuais no mundo.

No Brasil, inquéritos de base populacional apontam prevalência da hipertensão entre 13,8% a 29,6% na população adulta (igual ou superior a 18 anos), considerando o critério atual de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg) (BRASIL, 2007; 2008a; 2009a). Estima-se que, aproximadamente, 30% da população geral do país, com mais de 40 anos, possa ter a pressão arterial elevada (OPAS, 2009).

De acordo com inquérito domiciliar realizado por via telefônica nas capitais brasileiras, considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observa-se que mais mulheres (25,5%) do que homens (20,3%) referem o diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial. Em ambos os sexos, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 6% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 60% na faixa etária acima de 65 anos (BRASIL, 2009a).

Estudos epidemiológicos brasileiros têm demonstrado prevalência da hipertensão arterial em torno de 20%, e aumento da prevalência com a idade para homens e mulheres (BRASIL, 2007, 2008a, 2009a; FUCHS *et al.*, 1994; INCA, 2005; KLEIN *et al.*, 1995; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Além dos dados apresentados, destaca-se o fato de que o diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações, no sistema público de saúde (BRASIL, 2006c).

Em decorrência de suas possíveis complicações e por se constituir como importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica representa um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Sabe-se que cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica (BRASIL, 2001a) e desse modo, o controle da hipertensão arterial sistêmica é um grande desafio em saúde pública, demandando detecção prematura, acompanhamento permanente dos casos e medidas preventivas de controle de riscos (OPAS, 2009).

2.3 Doença cerebrovascular e acidente vascular encefálico: conceito, classificação, fatores de risco, epidemiologia

O termo “doenças cerebrovasculares” é empregado a todos os transtornos nos quais há uma área do cérebro afetada, transitória ou permanentemente, por isquemia ou hemorragia e/ou na qual um ou mais vasos sanguíneos do cérebro são acometidos inicialmente por um processo patológico (*WHO*, 1978). Os termos, “cerebrovascular” e “cerebral” são utilizados para fazer referência a todo o encéfalo e não somente aos hemisférios e a designação Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE) é utilizada como equivalente ao termo em inglês “*stroke*”, além de representar qualquer um ou todo o grupo de transtornos vasculares, incluindo o infarto cerebral, a hemorragia intracerebral e a hemorragia subaracnóide (*WHO*, 1978).

A classificação das doenças cerebrovasculares é definida na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde, 10ª revisão (OMS, 1995) em seus capítulos:

- VI, sobre Doenças do Sistema Nervoso no agrupamento de Transtornos Episódicos e Paroxísticos, sendo que as categorias referentes às Doenças Cerebrovasculares são a categoria G45 (Ataques isquêmicos transitórios e síndromes correlatas) e G46 (Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares) e;
- IX, sobre Doenças do Aparelho Circulatório no agrupamento de Doenças Cerebrovasculares referente às categorias I60 (Hemorragia subaracnoide), I61 (Hemorragia Intracerebral), I62 (Outras hemorragias intracranianas não traumáticas), I63 (Infarto cerebral), I64 (Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico), I65 (Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral), I66 (Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral), I67 (Outras doenças cerebrovasculares), I68 (Transtornos cerebrovasculares em doenças classificadas em outra parte), I69 (Seqüelas de doenças cerebrovasculares).

Segundo definição da OMS (2005, p. 6), o acidente vascular encefálico caracteriza-se pelo "comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), que

ocorre de forma súbita e de duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) com provável origem vascular.”

Esta definição destaca quatro componentes de importância que permitem caracterizar o acidente vascular encefálico como uma doença clinicamente definida sendo possível um diagnóstico clínico e não baseado em achados radiológicos.

Desse modo, a partir da definição da OMS (2005) é possível excluir da designação de acidente vascular encefálico:

- o ataque isquêmico transitório, definido como déficits neurológicos focais de duração inferior a 24 horas (OMS, 2005), em geral os sinais e sintomas se resolvem completamente após períodos de, aproximadamente, 30 minutos (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005);
- a hemorragia subdural e hemorragia epidural (OMS, 2005), que resultam mais comumente por um trauma craniano (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005);
- a intoxicação; e
- os sintomas causados por traumatismo (OMS, 2005).

O acidente vascular encefálico ocorre devido a um distúrbio na circulação cerebral, provocando o envolvimento focal do sistema nervoso central. Esses distúrbios podem ser de dois tipos: isquêmico ou hemorrágico (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005).

A isquemia é o distúrbio vascular mais comum no acidente vascular encefálico e é ocasionada pela oclusão de um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo de sangue para uma determinada região do cérebro. A interrupção prolongada do fluxo sanguíneo pode levar a um infarto cerebral e um déficit neurológico persistente (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005).

O distúrbio vascular hemorrágico caracteriza-se pela presença de sangramento e complicações como aumento da pressão intracraniana, edema cerebral, compressão de tecido cerebral e vasos sanguíneos. Além disso, a dispersão do sangue em áreas cerebrais pode causar comprometimento da função cerebral em locais distantes de onde ocorreu a hemorragia. Por tudo isso, o acidente vascular hemorrágico produz déficit neurológico que nem sempre apresenta um padrão focal (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005).

Os distúrbios vasculares hemorrágicos podem ser subdivididos em:

- hemorragia intracerebral: resultado do sangramento de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral (OMS, 2005) e quando não traumática ocorre devido à hipertensão crônica. É a hemorragia típica em acidente vascular hemorrágico e como descrito causa compressão das estruturas adjacentes (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005);
- hemorragia subaracnóide: caracteriza-se pelo sangramento arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e a aracnóide (OMS, 2005). Provoca disfunção cerebral por elevação da pressão intracraniana e corresponde na maioria das vezes à ruptura de um aneurisma de artéria cerebral ou má formação arteriovenosa cerebral, porém a hipertensão não foi demonstrada como predisponente à formação de aneurismas (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005).

É importante ressaltar que o termo acidente vascular encefálico é empregado somente quando o déficit neurológico focal de início agudo e que persiste por, pelo menos, 24 horas, é causado por doença cerebrovascular. Sendo assim, pode ser resultado de uma isquemia ou uma hemorragia em decorrência, na maioria das vezes, de lesão arterial. Entretanto, existem outros distúrbios ou complicações que podem produzir déficits neurológicos focais de início agudo com duração de pelo menos 24 horas, mas não são resultantes de doença cerebrovascular nem são denominados como acidente vascular encefálico (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005).

Os principais fatores de risco para o acidente vascular encefálico dividem-se em fatores de risco não modificáveis, modificáveis e ambientais (OMS, 2005).

A idade, o sexo, a história familiar e a genética são fatores de risco não modificáveis. As taxas de acidente vascular encefálico são mais elevadas no sexo masculino (OMS, 2005) e cerca de 2/3 dos casos de acidente vascular encefálico ocorrem acima dos 65 anos, sendo observada maior incidência com o aumento da idade (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005).

Os fatores de risco modificáveis incluem: hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, baixo consumo de frutas e verduras, hipercolesterolemia, consumo excessivo de álcool, sobrepeso e diabetes. São considerados fatores de risco ambientais o tabagismo passivo e o acesso a serviços médicos (OMS, 2005).

O Acidente Vascular Encefálico é uma doença multifatorial em que uma combinação de fatores de risco (sendo que nem todos precisam estar presentes), influenciará as chances futuras de um indivíduo ter um AVE (OMS, 2005).

A hipertensão é um fator de risco importante a ser destacado, pois a mortalidade por AVE é determinada em forte intensidade pela elevação da pressão arterial, sendo a mortalidade causada pela hemorragia cerebral intraparenquimatosa extremamente dependente dos níveis tensóricos (LESSA, 1985). Além disso, uma redução média de 5 mmHg na pressão arterial diastólica e/ou de 10 mmHg na pressão arterial sistólica, diminui o risco de acidente vascular cerebral em aproximadamente um terço (LEWINGTON *et al.*, 2002).

Segundo Lotufo (2000), os dados oficiais de mortalidade no Brasil revelam que a doença cerebrovascular é responsável por mais óbitos que a doença coronária nos últimos 40 anos, apesar da queda na mortalidade por esse agravo na década de 1990.

Apesar da tendência de declínio das taxas de mortalidade por doença cerebrovascular, ainda observa-se que essa é a principal causa de mortalidade por acidente vascular encefálico, em todas as regiões do Brasil e as mulheres são acometidas em maior proporção (LOTUFO, 2000, 2005). Além disso, a magnitude da doença é de grande importância, principalmente ao se considerar as consequências da doença como a invalidez, gerando alto custo social ao país (LESSA, 1998).

2.4 Atenção primária e responsabilidades da equipe de saúde da família no controle da hipertensão arterial

A atenção primária à saúde é definida por Starfield (2002) como o nível que oferece o suporte para a organização de um sistema de saúde e caracteriza-se pela porta de entrada de todas as necessidades e/ou problemas, conferindo atenção centrada na pessoa ao longo do tempo.

O Programa de Saúde da Família foi implantado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, em 1994, como uma estratégia para reorientação do modelo de atenção à saúde vigente, a partir da priorização da atenção primária, proporcionando uma mudança nas práticas de saúde orientadas pelo modelo biomédico, centrado na cura

e na doença e em consonância com os princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade e organizativos do SUS.

Desse modo, a lógica central de atuação das equipes de saúde da família consiste na identificação e levantamento de problemas e necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, tendo em vista o planejamento e programação local em saúde (BRASIL, 2001c), conferindo à estratégia de saúde da família, o caráter de atenção primária à saúde.

A partir dessa estratégia, tornou-se possível a vinculação da população a uma equipe básica de saúde, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A equipe identifica as necessidades a partir de diagnóstico e busca organizar a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos domicílios, prestando assistência integral e desenvolvendo ações de prevenção e de promoção da saúde (BODSTEIN, 2002).

Sendo assim, prioriza as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade e exige visão ampliada do conceito de saúde ao introduzir concepções de vigilância, integralidade, planejamento local, gestão colegiada e reorientação do trabalho na lógica programática, com ênfase nos grupos populacionais em situação de risco (BRASIL, 2003).

Starfield (2002) destaca quatro atributos da atenção primária que a diferenciam dos outros níveis de atenção à saúde: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Tais atributos ou princípios são fundamentais para a organização e efetividade dos serviços de saúde e para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção. Vale destacar que, por se tratar de atenção primária à saúde, as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família guardam relação direta com estes atributos.

A atenção ao primeiro contato ou “porta de entrada” de fácil acesso ao indivíduo é inerente à organização de serviços de saúde por níveis de atenção (primária, secundária, terciária). O acesso é aqui entendido como o uso oportuno dos serviços de saúde para o alcance de resultados positivos em saúde e é relevante para a redução da morbimortalidade. Nesse sentido, a atenção ao primeiro contato, envolve a oferta de serviços acessíveis e sua utilização pelos indivíduos, quando necessário (STARFIELD, 2002).

“A acessibilidade é definida como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente.” (ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1996, v. 12, p. 236). Pode-se afirmar que é a relação entre os recursos de poder dos indivíduos para a obtenção do cuidado e os obstáculos existentes nos serviços de saúde (HARTZ; SLVA, 2005). Desse modo, “a *acessibilidade* possibilita que as pessoas cheguem aos serviços.” (STARFIELD, 2002, p. 225, grifo do autor) e é um aspecto fundamental na organização do sistema de saúde para garantia da atenção ao primeiro contato (STARFIELD, 2002).

Sabe-se que os médicos da atenção primária, principalmente médicos de família são mais acessíveis em relação a outros médicos. Isso se justifica pela flexibilidade de atendimentos sem agendamento de consultas ou horários para marcação (STARFIELD, 2002).

Outro aspecto importante da atenção primária é a longitudinalidade: atributo central e exclusivo do nível primário de atenção definido como “[...] relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde.” (STARFIELD, 2002 p. 247). A partir desta relação, ao longo do tempo, os profissionais passam a conhecer melhor os pacientes, assim como os pacientes também passam a conhecer melhor os profissionais (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) destaca, ainda, que para que esta relação exista, a continuidade não é necessária e que as interrupções na continuidade da atenção, necessariamente não interrompem esta relação.

Nesse sentido, o alcance da longitudinalidade na atenção primária implica a “[...] existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema.” (STARFIELD, 2002, p. 247). É destacado também, que a longitudinalidade é melhor alcançada quando há a identificação do paciente com um profissional, em particular. Os benefícios da identificação com um local específico para atendimento estão relacionados à atenção profissional que, em geral, é feita pelos mesmos profissionais e à existência no local, de registro, facilitando o reconhecimento das necessidades do paciente (STARFIELD, 2002).

A continuidade da atenção, segundo Starfield (2002, p. 249) é frequentemente utilizada para caracterizar:

“[...] o quanto os pacientes consultam com o mesmo profissional ou visitam a mesma unidade de saúde entre uma consulta e outra ou mesmo em um determinado período de tempo” e assim sendo, está “[...] orientada para o manejo dos problemas e não da atenção às pessoas, independente do problema que elas possam ter.”

Desse modo, a continuidade está relacionada à preocupação com um determinado problema e/ou com a sucessão de eventos entre as consultas e transferência de informações para a condução do tratamento, não havendo a preocupação com o estabelecimento de uma relação entre o profissional ou equipe de saúde ao longo do tempo (CUNHA; GIOVANELLA, 2008).

Saultz (2003) define a continuidade como um conjunto de informações disponíveis a todos os profissionais de saúde, a respeito de cada paciente, o estabelecimento de um local de referência (unidade de saúde), no qual o paciente pode ter acesso à maioria dos cuidados, ao longo do tempo e a relação médico-paciente, estabelecendo uma relação de vínculo e confiança e proporcionando a identificação de um profissional com referência, ao longo do tempo. Nesse sentido, a continuidade aproxima-se da longitudinalidade proposta por Starfield (2002).

Conforme estudo de revisão dos conceitos de longitudinalidade e continuidade realizada por Cunha e Giovanella (2008), constata-se que há discordância sobre os termos na literatura internacional e que o termo longitudinalidade ainda é pouco empregado na literatura nacional. Além disso, destaca-se que o acesso aos serviços de saúde e a coordenação do cuidado são fundamentais para o estabelecimento da continuidade do cuidado.

A coordenação do cuidado é outro componente da atenção descrito por Starfield (2002, p. 365) como “[...] estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum” e ressalta que se refere à disponibilidade de informações sobre o paciente e o reconhecimento e utilização dessas informações para atender às necessidades do paciente no presente atendimento. Porém, como nem todas as necessidades podem ser resolvidas na atenção primária, a coordenação depende de sistemas organizados de serviços de saúde articulando todos os níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

A atenção integral é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde Brasileiro (BRASIL, 1988) e o termo integralidade tem sido utilizado para designar a diretriz proposta pela Constituição (MATTOS, 2001).

Mattos (2001), buscando refletir sobre a noção de integralidade no contexto do SUS, aponta alguns sentidos empregados ao termo. Um primeiro sentido diz respeito à necessidade de adoção, por parte dos médicos, de atitudes que ressaltem as necessidades biológicas, psicológicas e sociais, buscando apreender as reais necessidades dos indivíduos e não somente as necessidades biológicas.

Desse modo, para Mattos (2001, p. 7) a integralidade pode ser entendida como: “[...] um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” e corresponde também “a abertura dos médicos para outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença presente ou que pode vir a se apresentar — como a simples necessidade da conversa [...]” (MATTOS, 2001, p. 9).

Vale destacar que proporcionar a integralidade não é atributo exclusivo dos médicos, mas de todos os profissionais envolvidos e que a postura profissional da equipe de saúde e a organização do processo de trabalho são fundamentais para o desenvolvimento da integralidade (MATTOS, 2001).

Outro sentido da integralidade diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde que trata da programação dos serviços de saúde, de forma horizontalizada, buscando responder de forma mais adequada às necessidades de saúde da população, a partir de dados epidemiológicos e também por percepção de necessidades da demanda espontânea (MATTOS, 2001). Ainda segundo Mattos (2001, p. 13-14):

[...] não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

Nesse sentido, torna-se necessária a articulação entre demanda espontânea e demanda programada do serviço para a apreensão das necessidades de uma determinada população (MATTOS, 2001).

Porém, a integralidade não é construída somente pela atitude dos profissionais e pela organização dos serviços e das práticas de saúde. É necessária implementação de políticas com o objetivo de responder a um ou mais problemas de saúde que afligem certo grupo populacional (MATTOS, 2001).

De qualquer maneira, destaca-se que a equipe de saúde da família consegue dar solução à maioria dos problemas de saúde da população da área de abrangência (BRASIL, 2001c; STARFIELD, 2002) e nos municípios “[...] em que está adequadamente implantado, com profissionais capacitados e integrado ao sistema municipal de saúde, o PSF tem condições de dar solução efetiva a mais de 85% dos casos de saúde da população atendida.” (BRASIL, 2001c, p. 5). Considera-se que os 15% restantes correspondem a casos excepcionais de competência de maior nível de complexidade e atenção específica (BRASIL, 2001c).

A capacidade de resposta da Estratégia de Saúde da Família às necessidades de saúde da população adscrita, deve-se ao fato de que seus preceitos guardam relação com os atributos da atenção primária e têm como diretrizes do trabalho a territorialização com adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e o trabalho em equipe com equipe multiprofissional.

Desse modo, as equipes de saúde da família funcionam como referência para uma determinada população, estabelecendo vínculo e funcionando como porta de entrada ao sistema de saúde, com adscrição territorial e de clientela buscando facilitar e garantir o acesso e o cuidado, ao longo do tempo, e organizando a atenção com base na programação das ações de saúde, a partir das necessidades e da utilização de informações oportunas para o atendimento.

Porém, a organização desse nível de atenção, a partir do Programa de Saúde da Família constitui-se como um desafio para muitos municípios brasileiros na promoção e proteção da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades, de forma integral e contínua, reafirmando, dessa forma, os princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade que regem o SUS (VIANA; DAL POZ, 1998).

Atualmente, a estratégia existe em 5.235 municípios brasileiros, o que corresponde a 94,1% do total de municípios do país. Esses municípios somam 29.300 equipes de saúde da família implantadas com cobertura de 49% da população brasileira, o que corresponde a 93.178.011 milhões de pessoas (BRASIL, 2008c).

Dentre as principais responsabilidades a serem executadas pelas equipes de saúde da família está o controle da hipertensão arterial, a partir do diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa e tratamento dos casos,

diagnóstico precoce de complicações e prevenção de condições de risco e complicações (BRASIL, 2002a, 2001c). Essas responsabilidades são estabelecidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01 (BRASIL, 2002a).

De acordo com a portaria nº 648, de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece as normas para sua organização, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo recomendada a média de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006d).

Dados do censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que 49% da população brasileira são de adultos e, sendo assim, estima-se que, para cada equipe de saúde da família, cerca de 2.000 habitantes merecerão uma atenção especial para o risco de doenças crônicas não transmissíveis (IBGE, 2000)³.

Considerando uma prevalência da Hipertensão de 12% na população total (BRASIL, 2006b) e a população total (4000 pessoas) de uma equipe de saúde da família, estima-se que cerca de 480 indivíduos pertencentes a uma equipe de saúde da família sejam portadores de hipertensão (BRASIL, 2001a).

A atenção ao paciente com hipertensão arterial deve ser realizada por equipe multiprofissional, buscando garantir uma abordagem integral e ampliada e voltada para as necessidades individuais.

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, fisioterapeutas, musicoterapeutas, farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 43).

Cabe a essa equipe multiprofissional o desenvolvimento de ações assistenciais individuais ou coletivas, de acordo com as especificidades de cada categoria profissional e ações de promoção à saúde, por meio do desenvolvimento de ações de educação em saúde dirigida aos indivíduos, família e comunidade e aos profissionais de saúde.

Além disso, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) estabelece, na V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a necessidade de formação de equipe

³ <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>

multiprofissional mínima possível, de acordo com a realidade existente e definição das tarefas de cada membro da equipe. Além disso, a necessidade do estabelecimento de um fluxograma de atendimento para cada serviço, com o desenvolvimento de uma estratégia que contemple atividades individuais e/ou de grupo, informações ao paciente sobre a rotina de atendimento, garantindo sua adesão ao tratamento, fornecimento de cartão do paciente, registro de todos os dados do paciente em prontuário e reuniões periódicas da equipe buscando padronização de procedimentos e linguagem.

O QUADRO 2 descreve as atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família, nas ações de controle da hipertensão.

QUADRO 2
Atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família nas ações de controle da hipertensão

ATRIBUIÇÕES	Médico	Enfermeiro	Auxiliar/ Técnico de enfermagem	Agente Comunitário de Saúde
Realizar diagnóstico dos casos	X			
Cadastrar os portadores no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)				X
Realizar busca ativa de casos	X	X	X	X
Preencher ficha de acompanhamento do hipertenso (SIAB)				X
Cadastrar no HIPERDIA	X	X	X	X
Estratificar o risco cardiovascular global	X			
Planejar ações dirigidas aos portadores de hipertensão	X	X	X	X
Realizar diagnóstico precoce de complicações	X			
Realizar prescrição do tratamento	X			
Repetir ou manter receitas de medicamentos de pacientes controlados e sem intercorrências	X	X		
Realizar consultas para controle da hipertensão	X	X		
Solicitar de exames mínimos	X	X		
Solicitar de exames complementares	X			
Aferir pressão arterial	X	X	X	
Calcular o Índice de Massa Corporal	X	X		
Encaminhar para especialistas	X			
Realizar visita domiciliar	X	X	X	X
Desenvolver estratégias para favorecer a adesão ao tratamento	X	X	X	X
Realizar ações de educação em saúde	X	X	X	X
Realizar grupos operativos aos portadores	X	X	X	X
Orientar sobre hábitos de vida saudáveis e fatores de risco cardiovascular	X	X	X	X

Fonte: BRASIL, 2001a; MINAS GERAIS, 2006 (adaptado).

2.5 Monitoramento e acompanhamento de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial foi adotado em 2001, pelo Ministério da Saúde, para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores e conseqüente redução da morbimortalidade, associada à hipertensão. Nesse sentido, teve como objetivo principal vincular os portadores de hipertensão às unidades de saúde, buscando garantir acompanhamento e tratamento sistematizado e o desenvolvimento de ações de prevenção da hipertensão e de complicações cardiovasculares (BRASIL, 2001a). A aprovação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial ocorreu em 2002 pela portaria GM/16 que estabelece a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, à implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2002c).

Desse modo, o plano sistematiza a atenção a ser ofertada para o monitoramento e acompanhamento aos portadores de hipertensão que inclui o diagnóstico, a anamnese e o exame físico, a avaliação clínico-laboratorial e a estratificação do risco. Além disso, o monitoramento e acompanhamento prevêem a avaliação contínua dos portadores e da atenção ofertada, com o objetivo de controlar e prevenir as complicações relacionadas à hipertensão, bem como estimular à adesão ao tratamento.

A prevenção secundária que consiste na detecção e tratamento precoce da hipertensão é fundamental para a prevenção de complicações futuras e remissão da hipertensão arterial quando possível (BRASIL, 2001a). Nesse sentido, o plano de reorganização da atenção à hipertensão determina que “toda ação deve ser programada a partir da identificação de fatores de risco associados, lesões em órgão-alvo e avaliação de comorbidades.” (BRASIL, 2001a, p. 34). Além disso, o acompanhamento dos portadores de hipertensão deve incluir a prevenção terciária, buscando evitar ou retardar o desenvolvimento de complicações cardiovasculares relacionadas à hipertensão, bem como a mortalidade precoce. Para isso, torna-se fundamental o desenvolvimento de ações de educação em saúde, realizadas por

meio de grupos de hipertensos que contribuam para a adesão ao tratamento proposto (BRASIL, 2001a).

O monitoramento contínuo dos hipertensos corresponde a uma atenção programada que se dá pela prática adequada da equipe de saúde, tendo como referência o conhecimento científico e parâmetros mínimos de atendimento, conforme estratificação de risco do paciente. Esse monitoramento tem como objetivo controlar a hipertensão e prevenir complicações e/ou internações, bem como estimular a adesão ao tratamento (MINAS GERAIS, 2006).

Além do acompanhamento do hipertenso pela atenção primária, é importante que os profissionais desse nível de atenção identifiquem as necessidades de encaminhamento para consultas especializadas, principalmente cardiologia, nefrologia, angiologia (MINAS GERAIS, 2006).

O primeiro passo para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde, na atenção programada ao hipertenso, é realizar a estimativa do número de hipertensos na população que corresponde a 20% da população acima de 20 anos e 12% da população total (BRASIL, 2001a). Conforme citado anteriormente, esse dado corresponde à cerca de 480 indivíduos portadores dessa patologia, por equipe de saúde da família. Desse contingente identificado, estima-se que aproximadamente 336 (70%) pessoas apresentem hipertensão arterial leve; 72 (15%) hipertensão arterial moderada; 38 (8%) hipertensão arterial grave; e 34 (7%) hipertensão sistólica isolada (BRASIL, 2001a).

A partir desse dado é possível estimar, também, o número de hipertensos, conforme estratificação de risco. Sabe-se que do total de hipertensos estimados, cerca de 40% correspondem a hipertensos de baixo risco, 35% médio risco e 25% a alto e muito alto risco (MINAS GERAIS, 2006).

Posteriormente, à identificação dos portadores, o cadastro de 100% dos hipertensos identificados é fundamental para a organização da atenção programada dirigida (BRASIL, 2001a).

Conforme parâmetros para a programação das ações de saúde na atenção primária, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), espera-se uma cobertura de, pelo menos, 80% dos hipertensos, nesse nível de atenção.

O QUADRO 3 mostra as ações e os parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

QUADRO 3
Atenção programada ao hipertenso na atenção primária à saúde, conforme parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde

Ações	Parâmetro
Consulta médica	2 consultas/paciente/ano
Consulta de enfermagem	4 consultas/paciente/ano
Atividade educativa em grupo	4 reuniões educativas/paciente/ano
Visita domiciliar Agente Comunitário de Saúde	12 visitas domiciliares/paciente/ano
Eletrocardiograma (E.C.G)	1 E.C.G./paciente/ano

Fonte: BRASIL, 2001b, p. 27

Outros parâmetros para a atenção programada são estabelecidos pela literatura conforme apresentado nos QUADROS 4 e 5:

QUADRO 4
Atenção programada ao hipertenso na atenção primária à saúde, conforme estratificação do risco global

Procedimentos previstos	Estratificação dos portadores		
	Baixo risco (40% dos portadores)	Médio risco (35% dos portadores)	Alto e muito alto risco (25% dos portadores)
Consulta médica	1/cons/ano	3/cons/ano	1/cons/ano
Consulta enfermagem	2/cons/ano	2/cons/ano	3/cons/ano
Atividade de grupo	2/REUN/PAC/ano	2/REUN/PAC/ano	4/REUN/PAC/ano
Visita domiciliar	2/visit/ano	4/visit/ano	6/visit/ano

Fonte: RIBEIRO; LOTUFO, 2005, p. 97.

Nota: cons = consulta; reun = reunião; pac = paciente; visit = visita (abreviação do autor).

QUADRO 5
Requisição mínima de exames ao hipertenso na atenção primária à saúde, conforme
estratificação do risco global

Exames	Estratificação dos portadores		
	Baixo risco (40% dos portadores)	Médio risco (35% dos portadores)	Alto e muito alto risco (25% dos portadores)
Glicose	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Creatinina	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Potássio	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Colesterol	01 exame a cada 02 anos	01exame ao ano	01 exame ao ano
Triglicérides	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Urina rotina	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Eletrocardiograma	01 exame a cada 03 anos	01 exame a cada 03 anos	02 exames a cada 03 anos

Fonte: MINAS GERAIS, 2006, p. 162.

A seguir, são descritas as ações de importância no monitoramento e acompanhamento do hipertenso:

a) Anamnese, exame físico e investigação clínico-laboratorial

A anamnese deve estar orientada para a identificação de fatores de risco para a hipertensão arterial, sinais e/ou sintomas sugestivos de lesões em órgãos-alvo e/ou doenças cardiovasculares, história familiar de hipertensão arterial e/ou doenças cardíaco e cerebrovasculares, causas secundárias de hipertensão arterial, uso de medicamentos que possam contribuir para a elevação da pressão arterial (BRASIL, 2001a).

O exame físico do portador de HA deve incluir a avaliação:

- dos pulsos carotídeos (inclusive com ausculta) e o pulso dos 4 membros;
- da pressão arterial - PA em ambos os membros superiores, com o paciente deitado, sentado e em pé (ocorrência de doença arterial oclusiva e de hipotensão postural);
- do peso (atual, habitual e ideal) e a altura, com estabelecimento do Índice de Massa Corporal – IMC;
- *fácies*, que podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireóide, supra-renal, hipófise) – lembrar o uso de corticosteróides;

- do pescoço, para pesquisa de sopro em carótidas, turgor de jugulares e aumento da tireóide.
- do precórdio, anotando-se o *ictus* (o que pode sugerir aumento do ventrículo esquerdo) e possível presença de arritmias, 3ª ou 4ª bulhas e sopro em foco mitral e/ou aórtico;
- do abdome, pela palpação (rins policísticos, hidronefrose, tumores) e ausculta (sopro sugestivo de doença renovascular ou aórtica);
- do estado neurológico e do fundo-de-olho (*sic*). (BRASIL, 2001a, p. 17-18, grifos do autor).

Além disso, a avaliação clínica do paciente deve incluir a aferição da circunferência abdominal e o exame pulmonar (CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Os objetivos da investigação clínico-laboratorial são: confirmar a elevação e o diagnóstico da pressão arterial, identificar doenças cardiovasculares e os fatores de risco associados, além de lesões de órgãos-alvo, diagnosticar doenças associadas à hipertensão, realizar a estratificação do risco do paciente, diagnosticar hipertensão arterial secundária (BRASIL, 2001a; CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Desse modo, o plano determina a avaliação mínima de exames de acordo com as recomendações do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998), devendo solicitar ao portador de hipertensão a realização dos exames: urina (bioquímica e sedimento), creatinina sérica, potássio sérico, glicemia de jejum, colesterol total, eletrocardiograma (ECG) (BRASIL, 2001a).

Outros exames laboratoriais recomendados, antes de iniciar a terapêutica são: dosagem de colesterol lipoproteína de alta densidade (*High Density Lipoprotein - HDL*) e lipoproteína de baixa densidade (*Low Density Lipoprotein - LDL*), triglicérides e ácido úrico plasmáticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

b) Estratificação do risco

O objetivo da estratificação dos portadores de hipertensão é estimar o risco de se apresentar eventos cardiovasculares, nos próximos dez anos. Para a estimativa do risco cardiovascular, neste estudo, utiliza-se como referência o modelo adotado pelo Ministério da Saúde, no plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial (BRASIL, 2001a). A estratificação dos portadores de hipertensão

segundo risco cardiovascular é definida em quatro categorias, conforme descrição a seguir:

Grupo de risco baixo: inclui homens com idade menor de 55 anos e mulheres com idade abaixo de 65 anos, com hipertensão de grau I e sem fatores de risco. Entre indivíduos dessa categoria, a probabilidade de um evento cardiovascular grave, nos próximos dez anos, é menor que 15%;

Grupo de risco médio: inclui portadores de HA grau I ou II, com um ou dois fatores de risco cardiovascular. Alguns possuem baixos níveis de pressão arterial e múltiplos fatores de risco, enquanto outros possuem altos níveis de pressão arterial e nenhum ou poucos fatores de risco. Entre os indivíduos desse grupo, a probabilidade de um evento cardiovascular grave, nos próximos dez anos, situa-se entre 15 e 20%;

Grupo de risco alto: inclui portadores de HA grau I ou II que possuem três ou mais fatores de risco e são também portadores de hipertensão grau III, sem fatores de risco. Nesses, a probabilidade de um evento cardiovascular, em dez anos, situa-se entre 20 e 30%;

Grupo de risco muito alto: inclui portadores de HA grau III, que possuem um ou mais fatores de risco, com doença cardiovascular ou renal manifestada. A probabilidade de um evento cardiovascular, em dez anos, é estimada em mais de 30%. Para esse grupo, a instituição imediata e conduta terapêutica efetiva estão indicadas. (BRASIL, 2001a, p. 19, grifos do autor).

A avaliação do risco cardiovascular, cerebrovascular e renal é mais importante que diagnosticar a hipertensão isoladamente. Através da investigação de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e condições clínicas associadas, é possível estimar o risco cardiovascular global de cada indivíduo, possibilitando, assim, planejar o acompanhamento e a decisão terapêutica com melhor custo-efetividade.

O QUADRO 6 mostra a estratificação do risco conforme valores de pressão arterial, fatores de risco cardiovasculares, lesões em órgãos alvo e condições clínicas associadas.

QUADRO 6
Risco estratificado e quantificação de prognóstico da hipertensão arterial

Outros fatores de risco ou doenças associadas	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-149/ PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179/ PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥ 180/ PAD ≥ 110
I – Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II – 1 a 2 fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III – 3 ou mais fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV – Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: BRASIL, 2001a, p. 19.

Nota: PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica

c) Tratamento medicamentoso e não medicamentoso

A decisão terapêutica dependerá da confirmação do diagnóstico e deve estar baseada na estratificação do risco individual, considerando os valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco cardiovasculares e/ou de lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares. Além disso, deve-se considerar a meta do valor de pressão arterial a ser alcançado de forma individualizada (BRASIL, 2001a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O tratamento da hipertensão deve incluir estratégias de educação em saúde que estimulem a modificação de estilo de vida e, quando necessário, a terapia medicamentosa deve ser introduzida. A mudança no estilo de vida do paciente deve ser estimulada continuamente, buscando alcançar a manutenção do peso adequado, a prática de atividade física e redução do sedentarismo, a suspensão do tabagismo, a redução do consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas. Além disso, o tratamento deve ser desenvolvido de forma individualizada, respeitando as especificidades de cada paciente (BRASIL, 2001a).

O tratamento anti-hipertensivo medicamentoso e não medicamentoso tem como objetivo fundamental reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares e renais associadas à hipertensão. Sendo assim, a associação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso na terapêutica anti-hipertensiva deve ter como metas a redução da pressão arterial a valores abaixo de 140/90 mmHg e a

modificação no estilo de vida (BRASIL, 2001a; CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Vale ressaltar que em pacientes com hipertensão e diabetes ou doença renal, a meta ideal de pressão arterial é menor que 130/80 mmHg (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2003; ANDREW *et al.*, 2003).

O QUADRO 7 mostra a estratégia de tratamento mais adequada com base na estratificação do risco cardiovascular individual, associada aos níveis pressóricos, aos fatores de risco e às comorbidades e o QUADRO 8 apresenta a meta mínima de valores de pressão arterial a ser obtida com o tratamento.

QUADRO 7
Decisão terapêutica da hipertensão arterial segundo o risco cardiovascular

Categoria de risco	Estratégia
Sem risco adicional	Tratamento não-medicamentoso (<i>sic</i>) isolado
Risco adicional baixo	Tratamento não-medicamentoso (<i>sic</i>) isolado por até 6 meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso
Risco adicional médio	Tratamento não-medicamentoso (<i>sic</i>) + medicamentoso
Risco adicional alto	Tratamento não-medicamentoso (<i>sic</i>) + medicamentoso
Risco adicional muito alto	Tratamento não-medicamentoso (<i>sic</i>) + medicamentoso

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 16.

QUADRO 8
Metas de valores da pressão arterial a serem obtidas com o tratamento

Categorias	Meta (no mínimo)*
Hipertensos estágio 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	< 140/90 mmHg
Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular alto	< 130/85 mmHg
Hipertensos e limítrofes com risco cardiovascular muito alto	< 130/80 mmHg
Hipertensos nefropatas com proteinúria > 1,0 g/l	< 125/75 mmHg

* Se o paciente tolerar recomenda-se atingir com o tratamento valores de pressão arterial menores que os indicados como metas mínimas, alcançando, se possível, os níveis da pressão arterial considerada ótima (\leq 120/80 mmHg).

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 15.

Nota: g/l – grama/litro; mmHg – milímetro de mercúrio

O tratamento medicamentoso deve contribuir para a redução da pressão arterial e prevenção de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A escolha da droga dependerá da classificação do paciente de acordo com o estágio de

hipertensão e estratificação do risco individual (CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O tratamento não medicamentoso consiste na intervenção sobre hábitos de vida modificáveis que contribuem para o aumento da pressão arterial e do risco de doenças cardiovasculares. Estudos epidemiológicos têm demonstrado o aumento da prevalência da hipertensão com a idade (BRASIL, 2007, 2008a, 2009a; FUCHS *et al.*, 1994; INCA, 2005; KLEIN *et al.*, 1995; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006), mas também a sua ocorrência associada a outros fatores de risco, de estilo de vida e metabólicos, todos independentes, associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2007, 2008a, 2009a; INCA, 2005).

Há evidências de que o controle dos fatores de risco para a hipertensão podem contribuir para a redução da pressão arterial e conseqüentemente, diminuição do risco cardiovascular (OPAS, 2003).

Sendo assim, é recomendada a adoção de um estilo de vida saudável que inclui a correção de hábitos alimentares inadequados, a redução do excesso de peso em indivíduos sobrepeso e obesos, a redução da ingestão de sal, o aumento do consumo de frutas, verduras e legumes, a moderação do consumo de álcool, a suspensão do tabagismo e a redução do sedentarismo (CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

As recomendações de mudanças no estilo de vida são válidas tanto para indivíduos hipertensos ou com pré-hipertensão, bem como para a prevenção da elevação da pressão arterial em indivíduos normotensos (CHOBANIAN *et al.*, 2003) e devem ser orientadas para:

- Restrição da ingestão diária de sal a menos de 6 gramas por dia (100 mmol ou 2,4 gramas/dia de sódio); (CHOBANIAN *et al.*, 2003; MATTES; DONNELLY, 1991), correspondente a quatro colheres de café rasas de sal (o que equivale a 4 gramas de sal), adicionadas aos alimentos, que já contêm 2 gramas de sal. Para isso, é importante evitar o saleiro à mesa e reduzir ou abolir os alimentos industrializados, como enlatados, conservas, frios, embutidos, sopas, temperos, molhos prontos e salgadinhos (MATTES; DONNELLY, 1991);
- realização pelo menos 30 minutos diários de exercícios físicos de intensidade moderada (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1997; OPAS, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2002, 2006);

- redução do excesso de peso e obesidade observando a manutenção do Índice de Massa Corporal (IMC) entre 18,5 a 24,9Kg/m² (CHOBANIAN *et al.*, 2003);
- abandono do tabagismo;
- aumento no consumo de frutas e verduras sendo recomendada a ingestão mínima diária de cinco porções (400-500 gramas) de frutas, legumes e verduras, bem como aumentar consumo de cereais integrais e leguminosas (feijão, ervilha, lentilha, grão de bico) (BRASIL, 2006e);
- redução no consumo de bebidas alcoólicas a menos de 30 ml de etanol por dia para os consumidores do sexo masculino, o que corresponde a 60 ml de bebidas destiladas, 200 ml de vinho ou 720 ml de cerveja; para o sexo feminino e indivíduos de baixo peso, o consumo de bebida alcoólica não deve ultrapassar 15 ml de etanol por dia (CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

d) Ações de educação em saúde no controle da hipertensão arterial

Segundo Costa e López (1996), a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

A educação em saúde destaca-se como prática integrante do processo de trabalho da equipe de saúde da família e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe. Espera-se que a equipe de saúde da família seja capaz de prestar assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida e desenvolvendo processos educativos que possam interferir nos determinantes do processo saúde-doença da população, além de facilitar a mobilização social, proporcionando maior participação comunitária em busca da melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 1997, 2001c, 2006d).

Nesse sentido, as equipes devem promover o desenvolvimento de ações dirigidas a indivíduos que apresentem fatores de risco, com a finalidade de prevenir o aparecimento de doenças, bem como evitar e/ou reduzir complicações por agravos à saúde (BRASIL, 1997, 2001c, 2006d).

O tratamento e prevenção da hipertensão arterial requerem o desenvolvimento de ações educativas contínuas que promovam mudanças nos

hábitos de vida em relação ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Desse modo, ações educativas desenvolvidas, por equipe multiprofissional, podem garantir a continuidade das informações necessárias e favorecer ações educativas mais adequadas e efetivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

Deve-se destacar que não há necessidade da existência de uma equipe composta por diversas categorias profissionais para a realização de ações educativas dirigidas ao tratamento e/ou prevenção da hipertensão arterial. O fato de existir mais de um profissional nesse grupo educativo, desde que envolvidos pelo mesmo objetivo de promover o bem estar dos indivíduos, pode-se afirmar que se trata de um grupo multiprofissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

Conforme destacado por Sarquis *et al.* (1998), o enfermeiro tem papel relevante no processo educativo. As ações educativas podem ser desenvolvidas de forma individual e/ou coletivas e quando desenvolvidas com grupos, estimulam a troca de experiência e informações, o apoio mútuo, a interação social e a busca de soluções para o enfrentamento de problemas comuns (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1998).

Os grupos educativos organizados por necessidades de saúde ou por agravos à saúde favorecem o desenvolvimento dessas ações de forma coletiva. Porém, é importante ressaltar a necessidade de contato cotidiano com os indivíduos e comunidade, como oportunidade essencial para o desenvolvimento da ação educativa (ALVES; NUNES, 2006). Sendo assim, a prática educativa no Programa de Saúde da Família não conta, necessariamente, com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento, pelo contrário, os profissionais devem oportunizar todos os contatos com os usuários para “[...] abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária.” (BRASIL, 1997, p. 15).

Além de orientações desenvolvidas em ações educativas, o profissional de saúde deve levar em consideração a avaliação das condições individuais, sociais e ambientais, bem como favorecer a adoção de estratégias para mudanças de comportamento do indivíduo, frente a sua doença (SARQUIS *et al.*, 1998).

Cabe ressaltar que diversos fatores (individuais, ambientais, sociais, etc) interferem de forma positiva ou negativa na mudança de comportamento, possibilitando ou não a adoção de hábitos mais adequados de vida e, portanto, as

ações educativas devem favorecer o acesso às informações e a reflexão para tomada de decisão pelo indivíduo (SARQUIS *et al.*, 1998).

O registro das informações dispensadas, durante a atividade educativa é imprescindível para que se possa avaliar o efeito das ações educativas e as mudanças ocorridas na vida dos indivíduos, bem como a melhora na adesão do tratamento. Sendo assim, os profissionais que atuam na ação devem garantir o registro dessas informações no prontuário, possibilitando novas orientações e/ou reforço das orientações anteriores (SILVA; SANTOS, 2004).

A partir de um estudo, realizando abordagem de tratamento não medicamentoso a indivíduos com hipertensão moderada, concluiu-se que ações de intervenções na mudança do estilo de vida são importantes como tratamento inicial da hipertensão moderada e que é possível implementar tais ações na prática clínica. Nesse estudo, os participantes foram submetidos a um programa de intervenção no estilo de vida para redução do peso corporal, diminuição da ingestão de sódio e álcool e aumento da realização de atividade física, observando mudanças benéficas na pressão arterial e lipídios séricos (ELMER *et al.*, 1995).

No entanto, ao se analisar as experiências educativas dirigidas aos indivíduos portadores de hipertensão, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) concluíram que tais experiências são incipientes e que pouco contribuem para a formação de uma “consciência crítica” sobre saúde e mudança de comportamento do indivíduo.

Conforme destacado pelos autores:

[...] os usuários de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações, dos grupos educativos, são, além disso, agentes/coprodutores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, v. 16, p. 234).

Além disso, a educação em saúde deve contribuir para a transformação da prática profissional a partir da reflexão/problematização da prática concreta de trabalho. Desse modo, deve-se proporcionar a formação de sujeitos éticos, políticos e produtores do cuidado, favorecendo a integralidade e a humanização das práticas em saúde, tendo em vista a equidade e a melhoria da qualidade da atenção (MERHY, 2005).

Está colocado então, um grande desafio: “[...] produzir auto-interrogação (*sic*) de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente (*sic*) em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho.” (MERHY, 2005, v. 9, p. 173).

e) Adesão da pessoa hipertensa ao tratamento

A *World Health Organization - WHO* (2003) define a adesão ao tratamento como a medida segundo a qual o comportamento de uma pessoa está em acordo com recomendações de um profissional de saúde. Esse comportamento pode estar relacionado a utilizar medicamentos, seguir uma dieta, e/ou adotar mudanças no estilo de vida.

O termo adesão é definido pela *WHO* (2003) como a medida em que o comportamento do indivíduo, ao tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou realizar mudanças no estilo de vida corresponde com as recomendações do profissional que presta os cuidados em saúde.

Nesse sentido, são enfatizadas as relações de acordo entre o paciente e o profissional de saúde, ressaltando-se que a qualidade das relações de tratamento é um determinante importante da adesão. As relações efetivas de tratamento são caracterizadas por um ambiente em que as alternativas dos recursos terapêuticos são levadas em consideração, o tratamento instituído é negociado, a adesão discutida e o acompanhamento planejado (*WHO*, 2003).

Car (1998, v. 32, p. 141, grifos do autor) ressalta os significados da adesão:

Adesão deriva de "*adherence*", "*compliance*", palavra à qual, ainda hoje, muitos têm dado o significado de "*fidelidade*", "*obediência*" do indivíduo a uma determinação farmaco-terapêutica (*sic*), atribuindo assim, à não-adesão um significado de "*culpabilidade*" do doente pela ineficiência de seu tratamento.

No entanto, a autora considera que atribuir a responsabilidade pelo sucesso do tratamento somente ao indivíduo doente, significa reduzir o problema no âmbito individual (CAR, 1998) sem levar em consideração outros aspectos, como a percepção da equipe que presta os cuidados médicos, em relação à tomada de decisão do indivíduo (HASFORD, 1992). Além disso, devem ser consideradas as condições necessárias ao favorecimento da adesão, que podem estar relacionadas

tanto à organização dos serviços de saúde como às questões socioeconômicas do doente (PORTA, 1994).

Em estudo sobre a identificação de fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão, Sarquis *et al.* (1998) destacaram os seguintes aspectos relacionados:

- *ao paciente*: aspectos educacionais, estruturais, comportamentais, condições para o autocuidado,
- *ao tratamento medicamentoso*: dose, número de medicamentos, tempo prolongado de tratamento, custo e efeitos colaterais,
- *ao tratamento não medicamentoso*: controle do peso corpóreo, abandono do tabagismo, redução do consumo de álcool, realização de atividade física,
- *aos fatores institucionais*: forma de orientação, relacionamento com a equipe de saúde, acesso aos serviços de saúde.

A adesão é influenciada por diversos fatores simultaneamente (*WHO*, 2003) e os fatores de interferência se relacionam entre si e todos eles constituem aspectos importantes a serem considerados (SARQUIS *et al.*, 1998). Portanto, é fundamental buscar resolver cada um dos problemas relacionados aos fatores que interferem na adesão para o sucesso do tratamento.

Sendo assim, os sistemas de saúde devem desenvolver meios para avaliar a adesão e os fatores que nela interferem. Os profissionais de saúde devem estar preparados para avaliar a disponibilidade do paciente em aderir ao tratamento e os riscos da não adesão e prover intervenções para otimizar a adesão, orientá-los quanto ao seguimento, acompanhando continuamente o progresso do paciente (*WHO*, 2003).

De acordo com dados da *WHO* (2003), a adesão ao tratamento a longo prazo para doenças crônicas, em países desenvolvidos é, em média, 50% e nos países em desenvolvimento essa adesão é ainda menor.

No Brasil, a não adesão do hipertenso ao tratamento em geral, tem sido atribuída ao longo tempo de espera e dificuldades em obtenção de consultas, à mudança constante do médico, à dificuldade em estabelecer boa relação médico-paciente, à normalização da pressão arterial durante a utilização do medicamento, à ausência de sintomas, aos custos e aos efeitos colaterais da medicação (BRASIL, 1993a, 1993b).

A baixa adesão às terapias de longo prazo compromete a eficácia do tratamento e implica resultados indesejáveis para a saúde e em custos elevados dos cuidados. O investimento em prevenção primária e secundária, em saúde, constitui um ponto importante para a melhora da adesão e conseqüentemente, dos resultados em saúde. Desse modo, a aderência constitui-se como um importante modificador da eficácia do sistema de saúde, e o apoio adequado do sistema de saúde contribui para a melhoria da aderência, aumentando a segurança dos pacientes em relação à sua autogestão (*WHO*, 2003).

f) Sistema de informação da atenção básica em saúde (SIAB): Ficha A, Ficha B, Ficha D

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um sistema de gerenciamento das informações coletadas na comunidade, pelas equipes de saúde da família, por meio de fichas de cadastramento e acompanhamento. A partir do SIAB é possível gerar relatórios de consolidação de dados relativos à realidade sócio-sanitária da população de uma dada equipe.

A ficha A do SIAB (ANEXO C) é um instrumento de cadastro familiar preenchido nas primeiras visitas realizadas, pelo agente comunitário de saúde, a cada família da área de abrangência. Nesse instrumento são coletadas informações sobre a identificação dos membros da família e características do domicílio, contemplando informações como idade, sexo, alfabetização, ocupação, doença ou condição referida, situação de moradia e saneamento e outras informações pertinentes ao planejamento das ações de saúde (BRASIL, 1998).

A hipertensão arterial relatada por algum membro da família, durante o cadastro é uma das patologias que deve ser registrada pelo agente comunitário de saúde (ACS), no campo doença ou condição referida da ficha A do SIAB (BRASIL, 1998).

A ficha B do SIAB (ANEXO C) é um instrumento de acompanhamento de indivíduos pertencentes a grupos específicos, segundo sua condição: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, gestantes. Tais fichas são úteis ao monitoramento dos indivíduos e seus dados devem ser atualizados pelo ACS, a cada visita mensal e o acompanhamento dos casos deve ser constantemente discutido por este profissional junto à equipe de saúde (BRASIL, 1998).

O preenchimento da ficha B para indivíduos hipertensos (Ficha B – HA) deve ser realizado pelo agente comunitário de saúde durante as visitas domiciliares, em todos os casos de hipertensão arterial confirmada em consulta médica e pertencente à área de abrangência da equipe de saúde da família (BRASIL, 1998).

Essa ficha possibilita a coleta de dados relativos à identificação e ao acompanhamento do indivíduo hipertenso. Dessa forma, é possível caracterizar esse grupo específico por sexo, faixa etária e tabagismo, bem como acompanhar a sua evolução mensal a partir do registro das visitas do ACS, em relação ao cumprimento da dieta recomendada pela equipe de saúde, ao uso de medicamentos prescritos pelo médico, à realização de atividade física regularmente, aos valores de pressão arterial aferidos no mês, à realização de consultas médicas e/ou de enfermagem para o controle da hipertensão e à ocorrência de internações, complicações, intercorrências e óbito.

Outro instrumento de coleta de dados de importância no SIAB é a ficha de registro de atividades, procedimentos e notificações – FICHA D (ANEXO C) que “[...] é utilizada por todos os profissionais da equipe para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático.” (BRASIL, 1998, p. 37). Essa ficha apresenta um campo destinado ao registro de hospitalizações e/ou óbitos ocorridos na população da área de abrangência, no mês de referência. Nos registros devem constar as datas de ocorrência da hospitalização e/ou do óbito, a identificação do indivíduo, o endereço, o sexo, a idade, a causa da hospitalização e/ou óbito, bem como o nome do hospital, no caso de internação (BRASIL, 1998).

g) Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão - HIPERDIA

O Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão (HIPERDIA) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2002, como ferramenta de cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, atendidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002d).

O sistema HIPERDIA permite o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano de Reorganização, gerando informações úteis para a aquisição, dispensação

e distribuição de medicamentos a esses pacientes. A sua utilização possibilita, aos gestores e aos profissionais da rede básica, a adoção e definição de estratégias de intervenção adequadas ao enfrentamento da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*, a partir do conhecimento do perfil epidemiológico desses agravos na população e, além disso, contribui para a garantia do recebimento dos medicamentos padronizados aos pacientes cadastrados no sistema. Desse modo, o HIPERDIA constitui-se como uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS, no enfrentamento dessas doenças (MINAS GERAIS, 2006).

Os instrumentos que permitem a coleta de informações dos portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* são: ficha de cadastro e ficha de acompanhamento.

A ficha de cadastro do HIPERDIA (ANEXO D) é um instrumento utilizado para a entrada de dados de cadastro dos pacientes captados pelo Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus*. Essa ficha possibilita a coleta de dados de identificação (nome, data de nascimento, sexo, raça/cor, escolaridade e documentos pessoais) e de dados clínicos (pressão arterial, cintura, peso, altura, fatores de risco e doenças associadas, presença de complicações, tratamento). Os dados clínicos devem ser preenchidos, obrigatoriamente, pelo profissional que realiza o atendimento clínico do indivíduo.

A ficha de Acompanhamento do HIPERDIA (ANEXO D) é utilizada nos atendimentos subsequentes ao cadastro, sempre que houver avaliação do indivíduo portador de hipertensão arterial e/ou diabetes. A partir da ficha de acompanhamento é possível coletar dados relativos ao indivíduo como: presença de diabetes e/ou hipertensão arterial, peso, pressão arterial, glicemia capilar, presença de complicações, tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso, realização de exames laboratoriais e eletrocardiograma (ECG).

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo, exploratório, descritivo, que se insere no campo da avaliação em saúde. Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 31) “avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes [...]”.

Este estudo tem como objeto, o registro das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do município de Contagem, no controle da Hipertensão Arterial de indivíduos hipertensos, que faleceram por doença cerebrovascular (CID 10 /Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) e a avaliação dessas ações registradas se deram pela comparação dos resultados com parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, 2001b) e com estudos sobre o tema, existentes na literatura científica.

A utilização de normas para a avaliação de cuidados prestados é importante para caracterizar o cuidado, como aceitável ou desejável, porém deve-se ressaltar que elas derivam de conhecimentos legitimados e não de exemplos concretos da prática (DONABEDIAN, 1966).

Desse modo, a perspectiva da avaliação é orientada pela avaliação normativa, que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção a partir da comparação de critérios e normas em relação ao objeto avaliado (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Nesse contexto da avaliação normativa, enfoca-se a avaliação da dimensão organizacional do processo, na medida em que se aprecia a acessibilidade, a cobertura dos serviços oferecidos, sua integralidade e continuidade.

3.2 Período do estudo

Foram coletados dados de mortalidade por doença cerebrovascular (CID 10/Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) de óbitos ocorridos nos anos de 2006 e 2007 e pesquisadas informações referentes às ações de saúde dirigidas ao controle da hipertensão arterial sistêmica, ofertadas pelas equipes de saúde da família no período de 24 meses, que antecedeu cada óbito.

A opção pelo período de dois anos de acompanhamento foi feita pela possibilidade de ser um período suficiente para identificar o acesso da população do estudo aos serviços e ações de saúde.

3.3 Cenário do estudo

O município de Contagem – Estado de Minas Gerais – com uma população total aproximada de 625.390 habitantes, sendo 304.049 (48,6%) homens e 321.341(51,4%) mulheres (IBGE, 2009)⁴ é o segundo município mais populoso do estado de Minas Gerais. Está localizado na região metropolitana de Belo Horizonte e é dividido em sete regiões administrativas e sanitárias: Centro, Industrial, Nacional, Petrolândia, Ressaca, Sede, Vargem das Flores, com uma extensão de 195,2 Km² (CONTAGEM, 2007).

A maior parte da população economicamente ativa está distribuída nos setores de comércio e serviços, seguido do setor industrial. A renda *per capita* média é de R\$ 280,59 e o município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,789 (CONTAGEM, 2007).

A atenção primária à saúde do município é composta por 86 equipes de saúde da família, 18 centros de saúde e seis unidades de referência do programa de saúde da família. Atualmente, a cobertura do Programa de Saúde da Família atinge, aproximadamente, 47% da população de Contagem (CONTAGEM, 2010).

⁴ <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

A taxa geral de mortalidade no município de Contagem, no período compreendido entre 1998 e 2008, vem acompanhando a tendência brasileira (TGM Brasil em 2004 = 5,7/1000). Em 2006, a taxa geral de mortalidade no município foi de 5,12/1000 habitantes e em 2007, 4,94/1000 habitantes. Esse indicador é influenciado pela distribuição etária da população e que, a cada dia, está morrendo mais velha (CONTAGEM, 2009).

As doenças do aparelho circulatório (CID 10/Capítulo IX) são as principais causas de óbito no município de Contagem. Nos anos de 2006 e 2007, as doenças cerebrovasculares foram a principal causa de óbito por doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças cardíacas e hipertensivas (CONTAGEM, 2009).

Segundo dados estatísticos do Ministério da Saúde (2006b, 2007b)⁵, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório (CID 10/Capítulo IX) no município de Contagem representou, aproximadamente, 26,5% do total de óbitos do município no ano de 2006 e 27% no ano de 2007, sendo as doenças cerebrovasculares responsáveis, respectivamente, por 31% e 34% desses óbitos.

3.4 População de estudo

Foram selecionados os óbitos de indivíduos residentes na área de abrangência das equipes de saúde da família cuja causa básica foi classificada, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) (OMS, 1995), como decorrente de doenças cerebrovasculares no capítulo de Doenças do Aparelho Circulatório (CID 10 /Capítulo IX: I 61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66), acrescidos dos óbitos por outras causas com registro de doenças cerebrovasculares (CID 10 /Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) em qualquer parte da declaração de óbito (DO) e que apresentavam o registro da hipertensão arterial sistêmica na DO ou no prontuário da unidade de saúde da família ou na ficha B do SIAB ou na ficha de cadastro do HIPERDIA ou na ficha de acompanhamento do HIPERDIA.

⁵ www.datasus.gov.br

Entende-se por causa básica do óbito “a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte” (BRASIL, 2001d, p. 23).

A mortalidade, segundo causa múltipla do óbito, é obtida pela classificação de todas as causas registradas na declaração de óbito, as causas básicas e associadas. As causas associadas incluem as consequenciais que apresentam relação com a cadeia mórbida que leva diretamente ao óbito. As causas contribuintes correspondem às condições mórbidas pré-existentes e sem relação direta com a morte (LAURENTI, 1983; LAURENTI; MELO JORGE, 2004; SANTO; LAURENTI, 1986).

Conforme destacado por Ishitani e França (2001), o enfoque das causas múltiplas de morte pode ser um importante instrumento no planejamento das ações de saúde para as doenças crônicas degenerativas, visto que as políticas de saúde devem propiciar a promoção e proteção, enfatizando o conhecimento e a prevenção dos fatores de risco.

A definição da classificação segundo CID 10, conforme citado acima, foi selecionada tendo com referência:

- a lista de óbitos evitáveis (total ou parcialmente) por ações do setor saúde, no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde, segundo Malta *et al.* (2007) que inclui: a mortalidade por doenças cerebrovasculares (CID-10: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66); e
- a definição de acidente vascular encefálico da OMS (2005), que o caracteriza como comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), que ocorre de forma súbita e de duração de 24 horas (ou que causa morte) com provável origem vascular.

Deve ser destacado que apesar da existência de estudos que limitem a idade de 65 anos (CHARLTON; VELEZ, 1986; POIKOLAINEN; ESKOLA, 1986; RUTSTEIN *et al.*, 1976; RUTSTEIN *et al.*, 1980) e de 75 anos para a aplicação do conceito de morte evitável (MALTA *et al.*, 2007; NOLTE; MCKEE, 2004; TOBIAS; JACKSON, 2001), neste estudo não se preocupou em definir esse limite de idade para a seleção da amostra, pois não se pretende afirmar que essas mortes poderiam ter sido evitadas, mas sim, apresentar as ações de controle da hipertensão desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, a partir dos registros da atenção ofertada aos

indivíduos hipertensos que faleceram em decorrência de doença cerebrovascular (CID-10/Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66).

a) Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os registros de indivíduos que atenderam aos seguintes critérios:

- óbito ocorrido em 2006 ou 2007;
- ter registro de causa básica do óbito ou causa múltipla classificada, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10a Revisão (CID-10) (OMS, 1995), como decorrente de doenças cerebrovasculares, conforme CID 10 /Capítulo IX: I61.0 a I61.9 (Hemorragia Intracerebral); I63.0 a I63.5 (oclusão e estenose de artérias cerebrais e pré cerebrais que resultam em infarto cerebral); I63.8 (Outros infartos cerebrais); I63.9 (Infarto cerebral não especificado); I64 (AVC não especificado como hemorrágico ou infarto); I65.0 a I65.9 (Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais, não resultando em infarto cerebral); I66.0 a I 66.9 (Oclusão e estenose de artérias cerebrais, não resultando em infarto cerebral) em qualquer parte da declaração de óbito (DO);
- residir na área de abrangência das equipes de saúde da família por um período mínimo de 24 meses que antecederam o óbito;
- ter registro da hipertensão arterial sistêmica na DO ou no prontuário da unidade de saúde da família ou na ficha B do SIAB ou na ficha de cadastro do HIPERDIA ou na ficha de acompanhamento do HIPERDIA;
- ter prontuário na equipe de saúde da família; e
- apresentar faixa etária entre 18 e 100 anos.

3.5 Coleta de dados: fontes de dados e variáveis do estudo

A coleta de dados foi realizada a partir dos registros das declarações de óbito (DO) e do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), das fichas de cadastro

familiar (Ficha A), de acompanhamento individual (Ficha B) e de registro diário (Ficha D), do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dos cadastros do Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), dos prontuários e livros de registro das unidades de saúde da família. Os instrumentos utilizados, como fonte de dados, foram complementares, buscando-se identificar os registros das variáveis selecionadas.

Muitos questionamentos são levantados sobre a questão da integralidade do registro da atenção à saúde e a avaliação dos cuidados de saúde, baseada nesses registros, indagando se a avaliação corresponde ao atendimento prestado ou ao registro. Isso porque os registros apresentam limitações como: dificuldade de acesso ao pesquisador, registros geralmente restritos e com poucas informações ou com veracidade e integralidade questionada. Por esses motivos, a utilização dos registros clínicos geralmente está restrita à avaliação dos cuidados de saúde, em hospitais e serviços ambulatoriais (DONABEDIAN, 1966). Apesar disso, os registros são fontes importantes de obtenção de informações necessárias à avaliação do processo de cuidados médicos (DONABEDIAN, 1966).

De acordo com as normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial, a rede básica deve realizar registro completo, em prontuários, da história clínica e da evolução dos pacientes a partir do acompanhamento mensal de hipertensos, realizando orientações dietéticas e de exercícios físicos, instituição de terapêutica medicamentosa, e outras (BRASIL, 1988).

Os dados foram coletados a partir das seguintes fontes:

a) Declaração de óbito e dados do Sistema de Informações de Mortalidade

Com os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) é possível realizar análises que orientem a adoção de medidas preventivas e informem o processo de decisão na gestão do sistema de saúde, assim como realizar avaliações das ações implementadas que tenham impacto sobre as causas de morte.

Em Contagem, esse sistema foi implantado a partir de 1999, sendo que, anteriormente, estava sob a responsabilidade da Fundação João Pinheiro, órgão do Estado de Minas Gerais. A distribuição, controle, recolhimento e processamento das declarações de óbitos (DO) são de responsabilidade da Gerência de Vigilância

Epidemiológica (CONTAGEM, 2010). Essa declaração é preenchida em três vias: a via (rosa) fica arquivada no hospital (em caso de óbito hospitalar) e em caso de óbito na residência, fica no Núcleo de Epidemiologia; a via amarela fica no cartório e a via branca é processada e arquivada no Núcleo de Epidemiologia. Essas declarações são recolhidas duas vezes por semana nos cartórios do município e antes de serem processadas são feitas as codificações da causa básica de óbito por técnico treinado.

A coleta de dados relativos a nome, sexo, endereço, data de nascimento, data do óbito, idade na data do óbito, causa do óbito segundo causa básica e causa múltipla foi realizada a partir de dados presentes na declaração de óbito (DO) e em planilhas do Sistema de Informações de Mortalidade – SIM. As variáveis selecionadas foram:

- *identificação*: ordem numérica de forma seqüencial (código para cada indivíduo);
- *sexo*: M (masculino)/ F (feminino);
- *local de residência*: distribuição dos óbitos segundo área de abrangência da equipe de saúde da família e distrito sanitário;
- *idade*: em anos;
- *data do óbito*: dia/mês/ano;
- *causa básica do óbito*: conforme CID presente na declaração de óbito; e
- *causa múltipla do óbito*: conforme CID presente na declaração de óbito.

Os dados de endereços foram pesquisados para relacionar o local de residência de cada indivíduo com áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município, identificando a Equipe de Saúde da Família, correspondente ao local de residência de cada indivíduo. Esse levantamento foi feito a partir de um banco de dados, contendo endereços do município, conforme área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde. Desse modo, foi possível selecionar indivíduos que pertenciam à área de abrangência de Equipes de Saúde da Família.

Para localizar registros de indivíduos, com endereço incompleto e/ou sem endereço, foi elaborada uma lista contendo informações relativas a nome, sexo, idade, data do óbito e dados existentes de endereço. Essa lista foi distribuída entre as 87 Equipes de Saúde da Família do município, para que os profissionais das equipes verificassem se esses indivíduos eram pertencentes à área de abrangência.

Além disso, os endereços incompletos foram pesquisados no Código de Endereçamento Postal – CEP, buscando identificar o endereço correto.

b) Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

A Ficha A do SIAB foi pesquisada para determinar o cadastro do indivíduo pela equipe de saúde da família. As variáveis são:

- *cadastro Ficha A do SIAB*: sim ou não (se o indivíduo era cadastrado ou não pela equipe de saúde da família); e
- *tempo de cadastro na Ficha A do SIAB*: tempo de cadastro em meses.

Em alguns casos, não foi possível determinar o tempo de cadastro na ficha A do SIAB, pois constava apenas a data em que o ACS realizou a atualização do cadastro da família. Quando isso ocorreu, considerou-se a primeira data de consulta registrada no prontuário do indivíduo para determinar o tempo de cadastro na ficha A do SIAB.

c) Ficha B – Hipertensão Arterial (HA) do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

Os registros da Ficha B do SIAB foram pesquisados buscando determinar o acompanhamento do paciente pelo Agente Comunitário de Saúde e, para tal, as variáveis escolhidas foram:

- *cadastro na Ficha B do SIAB*: sim ou não (se o indivíduo era acompanhado ou não pelo ACS);
- *tempo de cadastro na Ficha B*: tempo de cadastro em meses; e
- *número de visitas domiciliares para acompanhamento da hipertensão realizadas pelo ACS*: identificação do registro de visita domiciliar nos últimos 24 meses que antecederam o óbito.

d) Fichas de cadastro do HIPERDIA (Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e *diabetes mellitus*)

A ficha de HIPERDIA foi pesquisada buscando determinar o acompanhamento da hipertensão arterial pela equipe de saúde da família. Os registros do HIPERDIA foram pesquisados a partir das fichas nas Unidades de Saúde da Família ou a partir do banco de dados do sistema HIPERDIA municipal, quando não encontrada a ficha na unidade.

Foram considerados como cadastrados, no HIPERDIA, os indivíduos que apresentavam a ficha encontrada em uma das duas situações descritas. As variáveis selecionadas foram:

- cadastro no HIPERDIA: sim ou não (se o indivíduo era cadastrado ou não na ficha de cadastro do HIPERDIA);
- tempo de cadastro no HIPERDIA: tempo de cadastro em meses;

Além disso, a partir dos registros dessa ficha foi possível investigar aspectos relacionados à definição do risco do indivíduo como: tipo de estratificação de risco registrada (sem risco adicional, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco), tempo de estratificação e se houve ou não reavaliação da estratificação. As variáveis selecionadas para a definição do risco estão descritas abaixo:

- *estratificação do risco*: sim ou não (se há ou não registro de estratificação do risco do paciente);
- *tipo de estratificação do risco*: estratificação registrada (se baixo risco, médio risco, alto risco e muito alto risco) (BRASIL, 2001a); e
- *reavaliação da estratificação de risco*: sim ou não (se há ou não registro de reavaliação do risco, nos últimos 24 meses que antecederam o óbito).

Os registros relacionados à estratificação do risco foram pesquisados no prontuário quando da ausência da ficha do HIPERDIA ou como complementar à ficha do HIPERDIA.

e) Prontuários

Foram pesquisadas as informações sobre o local de arquivamento do prontuário e localização e registro do óbito no prontuário. As variáveis selecionadas são:

- *localização do prontuário*: tipo de arquivamento do prontuário (se o prontuário está em arquivo morto ou em arquivo ativo da unidade de saúde da família);
- *registro do óbito*: sim ou não (se há ou não registro do óbito no prontuário ou em outro instrumento da unidade de saúde); e
- *localização do registro do óbito*: instrumento no qual está registrado o óbito. Quando não presente no prontuário, o registro do óbito foi pesquisado em livro de registros de óbitos ou em outros instrumentos (Ficha A, Ficha B, Ficha D - SIAB).

Além disso, foi realizada a coleta de informações no prontuário do indivíduo, com o objetivo de verificar a presença de registro de procedimentos necessários no acompanhamento do hipertenso: diagnóstico, exame físico, histórico clínico em consulta médica; aferição do peso corpóreo e pressão arterial, nas consultas médicas e de enfermagem; tratamento da hipertensão e prescrições medicamentosas e não medicamentosas; solicitação e realização de exames laboratoriais; consultas médicas e de enfermagem para controle da hipertensão; estratificação do risco do paciente; encaminhamentos a especialistas; evolução do paciente. Para isso, as variáveis foram selecionadas, conforme descrito abaixo:

- *diagnóstico de hipertensão*: sim ou não (se há registro ou não de diagnóstico de hipertensão);
- *tempo de diagnóstico da hipertensão*: tempo de diagnóstico em meses;
- *tratamento*: sim ou não (se há registro ou não de tratamento);
- *tempo de tratamento da Hipertensão*: tempo de tratamento em meses;
- *tipo de tratamento*: se há registro do tipo de tratamento prescrito (medicamentoso, não medicamentoso ou ambos);
- *consultas médicas*: sim ou não (se há registro ou não da realização de consultas médicas para controle da hipertensão realizadas na Unidade de Saúde da família (USF), no período de 24 meses que antecederam o óbito);
- *número de consultas médicas*: nenhuma; 1; 2; 3; 4; 5; 6 a 10 (registro de consultas médicas para controle da hipertensão realizadas na USF, no período de 24 meses que antecederam o óbito);
- *tempo de realização da última consulta médica para controle da hipertensão na ESF, em relação ao óbito*: no último mês antes do óbito; de 1 mês a 6 meses

- antes do óbito; mais de 6 meses a 1 ano antes do óbito; mais de 1 ano a 2 anos antes do óbito; mais de 2 a 5 anos antes do óbito; mais de 5 anos antes do óbito;
- *consultas de enfermagem*: sim ou não (se há registro ou não da realização de consultas de enfermagem para controle da hipertensão, realizadas na USF, no período de 24 meses que antecederam o óbito);
 - *número de consultas de enfermagem*: nenhuma; 1; 2; 3; 4; 5; 6 a 10 (registro de consultas de enfermagem realizadas na USF, no período de 24 meses que antecederam o óbito); e
 - *tempo de realização da última consulta de enfermagem para controle da hipertensão na ESF, em relação ao óbito*: no último mês antes do óbito; de 1 mês a 6 meses antes do óbito; mais de 6 meses a 1 ano antes do óbito; mais de 1 ano a 2 anos antes do óbito; mais de 2 a 5 anos antes do óbito; mais de 5 anos antes do óbito.

Nas consultas médicas e de enfermagem pesquisadas buscou-se identificar os registros de condutas realizadas, pelo médico e pelo enfermeiro.

As condutas pesquisadas, nas consultas médicas, foram: exame clínico, avaliação laboratorial, investigação de fatores de risco, prescrição ou manutenção de receita de anti-hipertensivos, encaminhamento para especialista, aferição da pressão arterial, solicitação de exames de rotina para controle da hipertensão arterial. Os registros de história clínica e do exame físico foram pesquisados em todos os registros do prontuário e considerados completos quando apareceram registrados pelo menos uma vez.

Para as consultas de enfermagem foram pesquisadas as seguintes condutas: investigação de fatores de risco, manutenção de receita de anti-hipertensivos, aferição da pressão arterial e solicitação de exames de rotina para controle da hipertensão arterial.

Também foram pesquisados os registros de orientações nas consultas médicas e/ou de enfermagem: alimentação adequada, redução da ingestão de sal, redução do consumo de álcool, realização de atividade física, uso regular de medicamentos, redução e/ou manutenção do peso corporal.

Desse modo, destacam-se as seguintes variáveis:

- *condutas médicas*: sim ou não (se há ou não registro da(s) conduta(s) médica(s) durante a consulta médica para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito);
- *tipo de conduta médica*: conduta médica registrada durante a consulta médica para controle da hipertensão, no período de 24 meses que antecederam o óbito (se há ou não registro de avaliação clínica, avaliação laboratorial, investigação de fatores de risco, renovação/prescrição de receita de anti-hipertensivos, encaminhamento ao Cardiologista, aferição de pressão arterial e peso corpóreo, solicitação de exames rotina para HAS);
- *orientações médicas*: sim ou não (se há ou não registro de orientações médicas durante a consulta médica para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito);
- *tipo de orientações médicas*: orientação registrada durante a consulta médica para controle da hipertensão, no período de 24 meses que antecederam o óbito (se há ou não registro de orientação de dieta e redução da ingestão de sal, redução do consumo de álcool, realização de atividade física, uso regular de medicamentos, redução/manutenção do peso);
- *condutas de enfermagem*: sim ou não (se há ou não registro da(s) conduta(s) do enfermeiro durante a consulta de enfermagem para controle da hipertensão, no período de 24 meses que antecederam o óbito);
- *tipo de conduta de enfermagem*: conduta registrada pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem para controle da hipertensão, no período de 24 meses, que antecederam o óbito (se há ou não registro de investigação de fatores de risco, manutenção de receita de anti-hipertensivos, aferição de pressão arterial e peso corpóreo, solicitação de exames rotina para HAS);
- *orientações de enfermagem*: sim ou não (se há ou não registro de orientações realizadas pelo enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, para controle da hipertensão, no período de 24 meses, que antecederam o óbito); e
- *tipo de orientações de enfermagem*: orientação registrada pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem para controle da hipertensão, no período de 24 meses, que antecederam o óbito (se há ou não registro de orientação de dieta e redução da ingestão de sal, redução do consumo de álcool, realização de atividade física, uso regular de medicamentos, redução/manutenção do peso).

Em relação aos registros de ação educativa realizada pela Equipe de Saúde da Família as variáveis selecionadas são:

- *participação em grupos educativos*: sim ou não (se há ou não registro de participação em grupos educativos para controle da hipertensão, no período de 24 meses, que antecederam o óbito); e
- *profissional que realizou a ação educativa*: se realizada por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde.

Quando não localizado registro no prontuário de participação do indivíduo em ação educativa, foram pesquisados livros de registros de grupos educativos das unidades de saúde ou arquivos de hipertensão. Desse modo, foram levantados registros do número de atividade educativa que o paciente participou e o profissional (Médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, ACS) que realizou a ação.

Foram pesquisados também os registros dos fatores de risco para hipertensão arterial. As variáveis são:

- *tabagismo*: sim ou não (se era ou não tabagista) ou ignorado (se não havia registro);
- *etilismo*: sim ou não (se era ou não etilista) ou ignorado (se não havia registro);
- diabetes: sim ou não (se era ou não diabético) ou ignorado (se não havia registro); e
- *índice de massa corpórea – IMC*: sim ou não (se havia ou não registro de IMC) ou ignorado (se não havia registro de IMC).

Quando não localizada informação sobre o fator de risco, no prontuário, buscou-se localizar na ficha de HIPERDIA.

Em relação ao controle da pressão arterial para cada indivíduo, foram avaliados os valores de pressão arterial sistólica e diastólica registrados a cada consulta, durante o período de 24 meses, que antecederam o óbito e obtida a média das pressões arteriais registradas.

Desse modo, considerou-se como pressão arterial controlada os pacientes que apresentaram média dos níveis pressóricos inferiores a 140 mmHg para pressão sistólica e a 90 mmHg para a pressão diastólica. Ainda, pressão arterial não controlada para a média dos valores pressóricos iguais e superiores a 140 mmHg

para pressão sistólica e 90 mmHg para a pressão diastólica. Para os indivíduos que apresentavam um único registro de valor de pressão arterial, essa foi considerada como única medida.

A avaliação do controle da hipertensão arterial, a partir da média dos valores de pressão arterial, foi feita, tendo como referência, a metodologia utilizada em um estudo de seguimento programático de pacientes hipertensos (SALA; NEMES FILHO; ELUF-NETO, 1996).

Os exames para controle da hipertensão arterial, pesquisados foram: colesterol total, HDL-C, LDL-C, glicemia de jejum e ECG registrados, no período de 24 meses, que antecederam o óbito. As variáveis escolhidas foram:

- *exames laboratoriais*: sim ou não (se há ou não registro de exames laboratoriais realizados, no período de 24 meses, que antecederam o óbito: glicose, colesterol total, HDL-C e LDL-C);
- *colesterol total e frações*: sim ou não (se há ou não registro dos valores de colesterol total e frações no período de 24 meses que antecederam o óbito);
- *glicemia de jejum*: sim ou não (se há ou não registro dos valores de glicemia de jejum, no período de 24 meses, que antecederam o óbito);
- *número de exame de colesterol total realizado*: nenhum; 1; 2; 3 ou mais (registro de colesterol total realizado, nos últimos 24 meses, que antecederam o óbito) ;
- *número de exames de HDL-C realizado*: nenhum; 1; 2; 3 ou mais (registro de HDL-C realizado, nos últimos 24 meses, que antecederam o óbito);
- *número de exames de LDL-C realizado*: nenhum; 1; 2; 3 ou mais (registro de LDL-C realizado, nos últimos 24 meses, que antecederam o óbito);
- *número de exames de glicemia de jejum*: nenhum; 1; 2; 3 ou mais (registro de glicemia de jejum realizado, nos últimos 24 meses, que antecederam o óbito);
- *ECG*: sim ou não (se há ou não registro de ECG nos últimos 24 meses que antecederam o óbito); e
- *número de ECG realizados*: 1; 2; ou mais (registro de ECG realizado, nos últimos 24 meses, que antecederam o óbito).

Quanto aos registros de complicações foram consideradas todas as complicações anteriores ao óbito, registradas em prontuário, independente da data

de ocorrência anterior ao óbito e dado ênfase à angina, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico.

- *Complicações*: sim ou não (se há ou não registro de angina, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio ou outras complicações anteriores ao óbito).
- *Número de complicações*: um ou mais episódios de angina, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio ou outras complicações.

As internações foram pesquisadas, no período de 24 meses, que antecederam o óbito e o motivo das internações.

- *Internações*: sim ou não (se há ou não registro de angina, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica ou outras complicações anteriores ao óbito).
- *Frequência de internações*: um ou mais registro de internações ocorridas, no período de 24 meses, que antecederam o óbito.

Para análise das variáveis relacionadas à concentração de atendimentos ou de procedimentos realizados, foram utilizados parâmetros de comparação entre a ação ofertada e o resultado esperado, no período de 24 meses.

O QUADRO 9 mostra os parâmetros mínimos para a concentração das ações que deveriam ser desenvolvidas, no período de 24 meses, que antecederam o óbito.

QUADRO 9
Atenção programada ao hipertenso conforme parâmetros mínimos para 24 meses

Ações	Parâmetro (em 24 meses)
Consulta médica	04 consultas médicas
Consulta de enfermagem	08 consultas de enfermagem
Atividade educativa em grupo	08 reuniões educativas
Visita domiciliar Agente Comunitário de Saúde	24 visitas
Exames Laboratoriais (colesterol total, HDL-C, LDL-C, glicemia de jejum)	01 exame de colesterol total, HDL-C, LDL-C e glicemia de jejum
Eletrocardiograma (E.C.G)	01 ECG

Fonte: BRASIL, 2001b, p. 27 (adaptado).

3.6 Tratamento e análise dos dados

O banco de dados utilizado para a definição da população do estudo foi fornecido pela Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, a partir de planilha gerada pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), contendo informações presentes nas declarações de óbito (DO).

A Gerência de Vigilância Epidemiológica relacionou e forneceu informações de todos os óbitos ocorridos, em 2006 e 2007, cuja causa básica e múltipla do óbito fazia menção a todas as doenças cerebrovasculares na DO.

Após o fornecimento dos dados, pela Gerência de Vigilância Epidemiológica, todas as etapas percorridas para a definição da população do estudo foram feitas pela própria pesquisadora.

Desse modo, a partir da identificação do total de óbitos por doenças cerebrovasculares, foram selecionados todos os óbitos que faziam referência à doença cerebrovascular, segundo CID-10: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66, considerando as causas básicas e múltiplas de óbitos (FIG. 1).

Feita a identificação dos óbitos, segundo CID específico definido neste estudo, foram selecionados os óbitos de indivíduos que atendiam os critérios de inclusão no estudo (FIG. 1) e realizada coleta de dados dos registros das fichas do SIAB (cadastro familiar - Ficha A, acompanhamento individual – Ficha B e registro diário – Ficha D), das fichas de cadastro e acompanhamento do Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), dos prontuários e livros de registro ou arquivos de hipertensão das unidades de saúde da família. Conforme descrito, anteriormente, os instrumentos utilizados como fonte de dados foram complementares, buscando-se identificar os registros das variáveis selecionadas.

É importante destacar que, em relação à amostra populacional, sua definição não seguiu critérios numéricos.

Para a realização da coleta dos dados, foi elaborado um roteiro (ANEXO E) que consta de oito partes, contemplando informações sobre:

- identificação do indivíduo;
- acompanhamento pela equipe de saúde da família;
- dados referentes ao diagnóstico e tratamento da hipertensão;

- acompanhamento médico, pela equipe de saúde da família, para controle da hipertensão;
- acompanhamento do enfermeiro da equipe de saúde da família, para controle da hipertensão;
- educação em saúde para controle da hipertensão;
- dados clínicos; e
- exames laboratoriais e complementares realizados.

Antes do início da coleta de dados, foram realizados nove pré-testes e, a partir desses, foi possível identificar falta de campo específico para o registro de alguns dados e falta de clareza em relação ao dado a ser registrado. Esses problemas foram corrigidos antes do início da coleta de dados e os pré-testes readequados e complementados com a finalidade de utilização dos mesmos no estudo.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2009, pela própria pesquisadora, em 53 unidades de saúde da família, nas quais os óbitos selecionados (n=92) encontravam-se distribuídos. A identificação e seleção dos instrumentos necessários à coleta dos dados foram feitas, na maioria dos casos, pelos profissionais das equipes de saúde da família, em especial os agentes comunitários de saúde.

Os dados foram digitados e analisados no programa EPINFO (versão 3.5.1), um *software* para organização de banco de dados e análise epidemiológica.

Posteriormente, o banco de dados foi exportado para o *software Microsoft Office Excel* (versão 2003), útil na produção de gráficos e tabelas.

Realizou-se uma análise descritiva, abordando a distribuição das frequências para as variáveis selecionadas, e avaliação das ações de controle da hipertensão arterial sistêmica ofertadas a indivíduos que faleceram por doença cerebrovascular (CID 10 /Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) adscritos a territórios de equipes de saúde da família de Contagem – MG. A análise contemplou também, um estudo comparativo entre os resultados encontrados e os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a, 2001b) e, também, com resultados de outros trabalhos sobre o tema, existentes na literatura científica.

A apresentação dos dados foi feita na forma de tabelas e gráficos.

3.7 Considerações Éticas

O presente trabalho teve início após consentimento do gestor municipal de saúde, da cidade de Contagem (ANEXO A) para a coleta e emprego dos dados secundários desta pesquisa e avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme Parecer ETIC 034/09 de 25/03/2009 (ANEXO B).

Os dados coletados foram utilizados, especificamente, para os propósitos da pesquisa, isto é, subsidiar o Programa de Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, no estabelecimento de estratégias para a sistematização do acompanhamento dos indivíduos portadores de hipertensão.

A pesquisa não envolveu experimentação com seres humanos e a investigação trata da análise de dados secundários, isto é, foram colhidos em fichas de registro, e assim, a maior preocupação ética foi a garantia do sigilo dos indivíduos constantes nos registros, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Para isso, no banco de dados não constam informações nominais, as fichas foram organizadas por números, reduzindo sensivelmente a possibilidade da quebra do sigilo e estabelecendo proteção à confidencialidade das informações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Definição e caracterização da população de estudo

A Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem relacionou e forneceu informações de 604 óbitos com referência às doenças cerebrovasculares, na DO considerando as causas básicas e múltiplas de óbitos. Essas informações foram fornecidas em planilha do SIM e a distribuição desses óbitos correspondeu a 55,8% (n=337) ocorridos em 2006 e 44,2% (n=267) em 2007.

A partir do fornecimento dos dados pela Gerência de Vigilância Epidemiológica foram percorridas três etapas para a definição da população do estudo. As etapas estão representadas na FIG. 1.

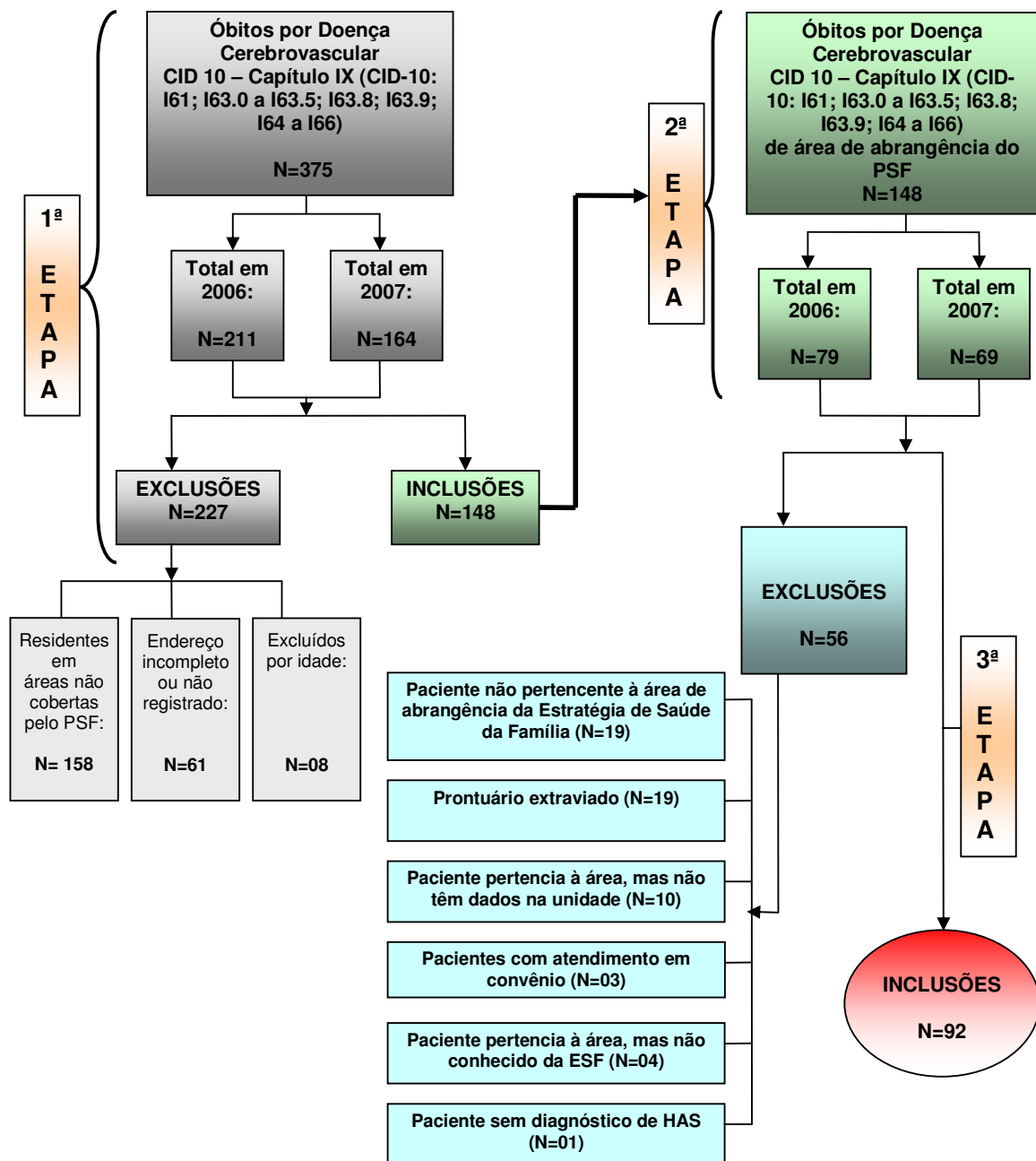


FIGURA 1: Fluxograma de definição da população do estudo

a) Primeira etapa:

Foram selecionados todos os óbitos por local de residência, a partir de informações do banco de dados do SIM da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, que faziam referência à doença cerebrovascular, segundo (CID 10 /Capítulo IX: I 61; I63.0; I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) considerando as causas básicas e múltiplas de óbitos. Nessa etapa foram identificados 375 óbitos, sendo que 56% (n=211) ocorreram em 2006 e 44% (n=164) em 2007 (FIG. 1).

Dentre esses casos de óbito foram pesquisados os endereços de cada indivíduo, conforme registrados DO e no SIM, buscando relacionar o local de residência com áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e identificar a Equipe de Saúde da Família, responsável pelo indivíduo identificado.

A partir da identificação do endereço foram excluídos, na primeira etapa de definição da população do estudo 69,6% (n=158) do total de casos excluídos (n=227), por não residirem em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (FIG. 1).

A TAB. 1 mostra a distribuição dos casos de óbitos por doença cerebrovascular (CID 10 /Capítulo IX: I 61; I63.0; I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) de indivíduos residentes em áreas não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do município de Contagem, segundo distritos sanitários e que, por esse motivo, não foram incluídos neste estudo.

Observa-se que foi encontrado grande número de indivíduos residentes em áreas não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e que nos distritos sanitários Eldorado, Industrial e Sede foi identificado maior número de indivíduos residentes em áreas não cobertas. Verifica-se que nos distritos Ressaca, Nacional e Vargem das Flores não foram identificados indivíduos não pertencentes à Estratégia de Saúde da Família (TAB. 1).

A situação encontrada pode ser explicada pela distribuição da cobertura pela estratégia no município, sendo que os distritos Eldorado, Industrial e Sede apresentam, respectivamente, 14,5%, 22,5% e 41,83% da população coberta por equipes de saúde da família. Os distritos Ressaca, Vargem das Flores e Nacional apresentam 100% da população coberta por equipes de saúde da família e no distrito Petrolândia a cobertura populacional é estimada em torno de 75%.

Além das 158 exclusões, ocorreram 26,9% (n=61) exclusões relacionadas à perdas de registros, em virtude de endereço incompletos ou ausência de registro de endereço, na DO e no SIM (FIG. 1). Dentre esses casos, observa-se que mais de 70% (n=44) referem-se ao ano de 2006, o que pode sugerir que houve melhora no registro da DO, no ano seguinte ou melhora no processamento das declarações de óbitos pela Gerência de Vigilância Epidemiológica.

O registro de todos os dados do óbito, na DO é imprescindível para o planejamento em saúde e é importante destacar que o médico é responsável ética e juridicamente pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos desse documento. Deve-se, portanto, verificar se todos os itens foram, devidamente, preenchidos, evitando-se deixar campos em branco (BRASIL, 2001d).

A falta de registro de dados de endereço, além de contribuir para a não inclusão dos casos de óbito, neste estudo, dificulta análises mais aprofundadas de investigação do óbito, tendo em vista o planejamento de ações de saúde.

Ainda na primeira etapa, foram excluídos 3,5% (n=8) dos casos (n=227), por não fazerem parte da faixa etária definida, neste estudo (inferior a 18 anos e superior a 100 anos) (FIG. 1). Todos os motivos de exclusão correspondentes à primeira etapa de definição da população de estudo estão relacionados no fluxograma de definição da população de estudo (FIG. 1).

Desse modo, as inclusões ocorridas na primeira etapa corresponderam inicialmente a 39,5% (n=148) do total de casos de óbitos (n=375), com referência à doença cerebrovascular, segundo (CID 10 /Capítulo IX: I 61; I63.0; I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) de indivíduos que pertenciam à área de abrangência do PSF (FIG. 1).

TABELA 1
Distribuição dos casos de óbitos por doença cerebrovascular (CID-10 – Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) de indivíduos residentes em áreas não cobertas pelo Programa de Saúde da Família, segundo distritos sanitários do município de Contagem

DISTRITOS SANITÁRIOS	FREQUÊNCIA	
	N	%
Eldorado	70	30,8
Industrial	54	23,8
Nacional	-	-
Petrolândia	6	2,7
Ressaca	-	-
Sede	28	12,3
Vargem	-	-
TOTAL	158	69,6

Fonte: dados do SIM do município de Contagem anos: 2006 e 2007

Nota: Sinal convencional

- dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

b) Segunda etapa:

A partir das inclusões da primeira etapa (n=148), procedeu-se à busca de dados existentes nas unidades de saúde da família, em instrumentos dos sistemas de informação (SIAB e HIPERDIA) e prontuários. Ressalta-se que a existência do prontuário na unidade de saúde da família foi critério para inclusão no estudo, visto que somente, a partir dos registros presentes no prontuário, seria possível evidenciar a atenção ofertada a cada indivíduo.

Ao iniciar a busca dos dados nas unidades de saúde da família e considerando os critérios de inclusão no estudo ocorreram ainda 56 exclusões (FIG. 1), o que corresponde a 38% dos indivíduos selecionados na primeira etapa (n=148).

Os motivos relacionados às exclusões nessa etapa foram:

- o endereço não correspondente à área de abrangência da estratégia de saúde da família do município;
- o extravio de prontuários na unidade de saúde da família;
- a ausência de dados na unidade de saúde da família;
- pacientes não conhecidos pela equipe de saúde da família; e
- a ausência de registro de hipertensão.

A TAB. 2 mostra os motivos relacionados às perdas dos registros dos casos de óbitos por doença cerebrovascular (CID 10 /Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8;

I63.9; I64 a I66) que apresentavam endereço correspondente à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do município de Contagem.

TABELA 2
Causas de exclusão dos casos de óbitos por doença cerebrovascular (CID-10 – Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) com endereço correspondente à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do município de Contagem

CAUSAS DE EXCLUSÕES	FREQUENCIA	
	N	%
Não pertence à área de abrangência do PSF	19	34,0
Extravio de prontuários e outros documentos	19	34,0
Ausência de dados na USF	13	23,2
Não conhecidos pela ESF	4	7,0
Sem diagnóstico de HAS	1	1,8
TOTAL	56	100,0

Fonte: dados do SIM do município de Contagem anos: 2006 e 2007

O endereço não correspondente à área de abrangência da estratégia de saúde da família do município foi verificado em 34% (n=19) das exclusões (TAB. 2), sendo que em 11 exclusões o endereço pertencia ao município em área não coberta pela ESF, em quatro exclusões o endereço registrado na DO correspondia a residência temporária (menos de três meses) e os indivíduos eram residentes de outros municípios em mais quatro exclusões, o endereço não correspondia ao município de Contagem (um caso correspondia ao território de Belo Horizonte e três casos ao território de Betim).

Ressalta-se que, ao se investigar esses óbitos, junto às equipes de saúde da família, constatou-se que não correspondiam a áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, apesar de os endereços desses indivíduos constarem em banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem como área correspondente à estratégia, conforme levantamento realizado na primeira etapa de definição da população de estudo.

Essa constatação demonstra a necessidade de readequação do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem com o território coberto pela estratégia de saúde da família, proporcionando uma melhor definição desse território e seus limites e das áreas de abrangência correspondentes a cada unidade de saúde da família do município.

O extravio de prontuários na unidade de saúde da família foi verificado em 34% (n=19) das exclusões, inviabilizando a coleta de dados (TAB. 2).

A ausência de dados na unidade de saúde da família foi constatada em 23,2% (n=13) das exclusões, por corresponderem a indivíduos não acompanhados e não cadastrados pela equipe (TAB. 2). Vale ressaltar que todos os casos de óbito que não apresentavam dados na equipe de saúde da família pertenciam à área de abrangência das equipes e eram conhecidos das equipes e que apenas três desses casos possuíam convênio.

Apesar de o endereço corresponder à área de abrangência das equipes de saúde da família, 7% (n=4) dos casos excluídos ocorreu por se tratarem de indivíduos não conhecidos pela equipe à qual pertenciam (TAB. 2)

Por último, a ausência de registro de hipertensão em todos os instrumentos pesquisados (DO, SIM, prontuário, fichas do sistema de informação) foi constatada em 1,8% (n=1) dos casos excluídos na 2ª etapa (TAB. 2). Destaca-se que em virtude do subregistro da hipertensão essencial primária (CID-10: I10), enquanto causa de óbito, quando não identificada menção desse agravo na DO e no SIM sua presença foi confirmada na população selecionada, a partir de informações registradas em instrumentos das unidades de saúde da família (prontuário ou ficha B do SIAB ou ficha de cadastro do HIPERDIA ou ficha de acompanhamento do HIPERDIA).

Em relação aos motivos relacionados às exclusões da segunda etapa, vale destacar que a quantidade de prontuários extraviados (n=19), nas unidades de saúde da família demonstra a pouca organização no arquivamento dos mesmos.

Baptista, Marcon e Souza (2008), ao avaliarem a cobertura assistencial indivíduos que faleceram por doença cerebrovascular, constataram ausência de prontuário em mais da metade dos óbitos por doença cerebrovascular.

O uso do prontuário na estratégia de saúde da família, enquanto instrumento de trabalho é de fundamental importância para garantir o registro das informações e possibilitar o acesso às informações sobre o paciente e o conhecimento das ações realizadas pela equipe de saúde. Por conter informações acerca da doença do paciente e sobre a conduta profissional tomada, o prontuário configura-se como documento de importância em auditorias ou em situações de ordem técnica, ética ou jurídica.

No entanto, o número de prontuários extraviados verificados nesse estudo pode demonstrar falhas existentes quanto ao seu manuseio e arquivamento, mesmo

em se tratando de indivíduos falecidos, pois os prontuários nos quais o último atendimento ocorreu há menos de cinco anos, devem ser mantidos em arquivo principal (arquivo ativo), de fácil acesso na unidade de saúde (MINAS GERAIS, 2007b). Sabe-se que a preservação desses prontuários é importante para o uso legal ou para fins de pesquisa ou arquivamento histórico.

Além disso, a ausência de dados na unidade de saúde da família, referente a indivíduos pertencentes à área de abrangência das equipes de saúde da família e identificados pela equipe como residentes na área de abrangência, porém não cadastrados e não acompanhados pela equipe, é uma constatação que merece ser melhor avaliada, pois demonstra que o trabalho das equipes ainda se organiza sem planejamento local, monitoramento e avaliação. Isto porque, mesmo não realizando consultas médicas e/ou de enfermagem, na equipe de saúde da família, esses indivíduos deveriam ser cadastrados pelo ACS e monitorados pela ESF.

Da mesma forma, a existência de indivíduos não “conhecidos” pela equipe de saúde da família, apesar de a residência corresponder à área de abrangência da equipe, podem sugerir falhas no cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e fragilidades na vinculação do usuário à unidade de saúde da família.

A definição de territórios e a responsabilização da equipe de saúde da família pela população a ela adscrita são elementos essenciais para a garantia do acesso e podem favorecer a reorganização dos serviços, incidindo efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

Ao introduzir a territorialização como um dos princípios de atuação das equipes, o modelo de atenção proposto, a partir da Estratégia de Saúde da Família, amplia a possibilidade de acompanhamento dos usuários aos serviços de saúde e, principalmente, o acompanhamento de indivíduos portadores de doenças crônicas que demandam acompanhamento contínuo e de longo prazo. Portanto, é fundamental que as equipes desenvolvam ações com base no território de atuação e busquem constantemente identificar esses indivíduos.

c) Terceira etapa:

Dos casos de óbitos selecionados (n=148) que apresentavam CID específico do estudo na DO e no SIM e que pertenciam à área de abrangência das ESF, foram elegíveis para o estudo 62% (n=92) (FIG. 1) por preencherem todos os critérios de

inclusão. A definição da população de estudo está representada no fluxograma, apresentado na FIG. 1.

Desse modo, a pesquisa de campo iniciou-se a partir da busca ativa dos registros de acompanhamento, realizados pelas Equipes de Saúde da Família aos 92 casos de óbitos selecionados.

É importante destacar que, conforme verificado nas etapas percorridas para a definição da população de estudo, os registros incompletos na DO e no SIM, os extravios de documentos (prontuários, fichas do SIAB, fichas de HIPERDIA e livros de registros) ou não existência das fontes de dado para coleta, ocasionaram dificuldades e limitações para este estudo.

Essas dificuldades e limitações geralmente ocorrem em estudos que utilizam informações de fontes secundárias. A precariedade dos registros foi constatada em estudo realizado por Scochi (2001), ao avaliar a atenção ofertada aos portadores de hipertensão. A autora destaca que, mesmo deficitário, o sistema de registro do atendimento faz parte do processo de avaliação, pois reflete a organização e qualidade do trabalho em serviços de saúde e, além disso, fontes adequadas de informação contribuem para o avanço na operacionalização de instrumentos de avaliação. Por outro lado, a falta do registro também pode constituir-se como um obstáculo à avaliação do processo de cuidados médicos.

A TAB. 3 mostra a distribuição dos indivíduos estudados, segundo distritos sanitários do município de Contagem – MG.

TABELA 3

Distribuição dos casos de óbitos por doença cerebrovascular (CID-10 – Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66) de indivíduos pertencentes à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família segundo Distritos Sanitários do município de Contagem-MG

DISTRITOS SANITÁRIOS	FREQUÊNCIA	
	N	%
Ressaca	35	38,0
Petrolândia	15	16,3
Eldorado	10	10,9
Nacional	10	10,9
Sede	8	8,7
Vargem	8	8,7
Industrial	6	6,5
TOTAL	92	100,0

Fonte: dados do SIM do município de Contagem anos: 2006 e 2007

Verifica-se a predominância da população de estudo no Distrito Ressaca (TAB. 3). Com uma população que corresponde a 92.520 habitantes, segundo estimativa IBGE (2009), o distrito Ressaca possui aproximadamente 100% dessa população coberta pela estratégia de saúde da família.

A população dos distritos Vargem das Flores e Nacional é também coberta em 100% pela estratégia e o distrito Petrolândia apresenta cobertura populacional estimada em torno de 75%.

A distribuição dos óbitos, segundo sexo, faixa etária e ano de ocorrência do óbito são apresentados na TAB. 4.

Observa-se a equivalência entre o sexo masculino e feminino na distribuição da população de estudo (TAB. 4).

O resultado, obtido em relação à idade, mostrou que 27,2% (n=25) dos indivíduos tinham idade entre 40 a 59 anos e 72,8% (n=67) apresentavam 60 anos ou mais (TAB. 4).

TABELA 4
Distribuição dos óbitos segundo sexo, faixa etária e ano de ocorrência do óbito

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	
	N	%
Sexo		
Masculino	45	48,9
Feminino	47	51,1
TOTAL	92	100,0
Idade		
40 a 49 anos	9	9,8
50 a 59 anos	16	17,4
60 a 69 anos	21	22,8
70 a 79 anos	22	23,9
80 anos e mais	24	26,1
TOTAL	92	100,0
Ano do óbito		
2006	48	52,2
2007	44	47,8
TOTAL	92	100,0

Fonte: dados do SIM do município de Contagem anos: 2006 e 2007

A TAB. 5 mostra a distribuição dos óbitos por agrupamento de causa básica segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados à Saúde, 10a Revisão (CID-10) e a TAB. 6 a distribuição das causas básicas de óbitos por doenças do aparelho circulatório, segundo CID -10.

Ao se analisar a causa básica do óbito na população estudada (n=92) verificou-se que 80,0% (n=73) dos óbitos ocorreram por doenças do aparelho circulatório (TAB. 5) e desses, 46,0% (n=42) apresentavam o Acidente Vascular Encefálico não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64) como causa básica de óbito e 20,0% (n=18) a Hemorragia Intracerebral (I61.9) (TAB. 6). Ambas foram as causas básicas mais frequentes neste estudo.

TABELA 5
Distribuição dos óbitos por agrupamento de causas básicas de óbito segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID – 10

CAUSA BÁSICA DO ÓBITO	FREQUÊNCIA	
	N	%
Doenças do aparelho circulatório	73	80,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7	8,0
Neoplasias e tumores	3	3,0
Doenças do aparelho geniturinário	3	3,0
Doenças infecciosas e parasitárias	2	2,0
Doenças do sistema nervoso	2	2,0
Doenças do aparelho respiratório	1	1,0
Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte da declaração de óbito	1	1,0
TOTAL	92	100,0*

Fonte: Declaração de óbito e dados do SIM do município de Contagem anos: 2006 e 2007

Nota: * resultado proveniente de arredondamento:
 dado numérico original = 79,5%; dado arredondado = 80,0%
 dado numérico original = 7,6%; dado arredondado = 8,0%
 dado numérico original = 3,3%; dado arredondado = 3,0%
 dado numérico original = 2,2%; dado arredondado = 2,0%
 dado numérico original = 1,1%; dado arredondado = 1,0%

TABELA 6
Distribuição das causas básicas de óbitos por doenças do aparelho circulatório segundo
Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID -
10

CAUSA BÁSICA DO ÓBITO	FREQUÊNCIA	
	N	%
I64: AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico	42	46,0
I61.9: Hemorragia Intracerebral	18	20,0
I63.9: Infarto cerebral não especificado	4	4,0
I10: Hipertensão essencial primária	2	2,0
I110: Doença cardíaca hipertensiva com insuficiência cardíaca congestiva	1	1,0
Outras causas:	6	7,0
I219: Infarto agudo do miocárdio não especificado		
I330: Endocardite infecciosa aguda e subaguda		
I420: Cardiomiopatia dilatada		
I429: Cardiomiopatia não especificada		
I48: "Flutter" e Fibrilação atrial		
TOTAL	73	80,0*

Fonte: Declaração de óbito e dados do SIM do município de Contagem anos: 2006 e 2007

Nota: * resultado proveniente de arredondamento:
 dado numérico original = 45,7%; dado arredondado = 46,0%
 dado numérico original = 19,6%; dado arredondado = 20,0%
 dado numérico original = 4,3%; dado arredondado = 4,0%
 dado numérico original = 2,2%; dado arredondado = 2,0%
 dado numérico original = 1,1%; dado arredondado = 1,0%
 dado numérico original = 6,6%; dado arredondado = 7,0%

Destaca-se que, independente da causa básica, em todos os óbitos (n=92) a doença cerebrovascular, segundo CID 10 /Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66 foi verificada como causa múltipla.

Um estudo realizado no município de São Paulo evidenciou que o acidente vascular encefálico não especificado como isquêmico ou hemorrágico foi a causa mais comum de morte por doença cerebrovascular, a partir dos 60 anos. Nesse mesmo estudo a hemorragia intracerebral foi a causa mais frequente para ambos os sexos dos 30 aos 59 anos (LOTUFO; BENSENOR, 2004).

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbito no município de Contagem. Nos anos de 2006 e 2007 as doenças cerebrovasculares foram a principal causa de óbito por doenças do aparelho circulatório, seguida das doenças cardíacas e hipertensivas (CONTAGEM, 2009).

Esses dados são semelhantes aos dados nacionais que apontam, em 2006 e 2007, as doenças do aparelho circulatório como responsáveis pela maioria dos óbitos no Brasil, sendo que as doenças cerebrovasculares figuram como principal causa de mortalidade entre todas as causas, porém seguida das doenças isquêmicas do coração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2007a)⁶.

A Hipertensão essencial primária (I10), enquanto causa básica de óbito foi verificada em apenas dois casos no total da população estudada (n=92) (TAB. 6). Porém, ao se analisar a hipertensão, enquanto causa múltipla do óbito, verificou-se que estava presente em 40,2% (n=37) do total de óbitos (n=92).

Verificou-se também, que a hipertensão essencial primária (I10) estava registrada como causa múltipla do óbito em 45% (n=29) dos óbitos que apresentavam o AVC, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64), a Hemorragia Intracerebral (I61.9) e o Infarto cerebral não especificado (I639) enquanto causa básica.

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo de causas múltiplas de óbito, realizado no Estado de São Paulo, que identificou a hipertensão como causa múltipla de óbito em 60% das declarações de óbito, que apresentavam doença cerebrovascular como causa básica (SANTO, 1988 *apud* LOTUFO, 1996). Essa observação indica que a taxa por mortalidade cerebrovascular é bom marcador para verificar o impacto dos níveis elevados de pressão arterial, na população brasileira (LOTUFO, 2000).

Deve-se levar em consideração que a mortalidade por doença hipertensiva é subestimada devido às disposições internacionais de codificação da causa básica das declarações de óbito e, desse modo, o exato número de pessoas que morrem com menção de hipertensão arterial, na declaração de óbito, só pode ser obtido pelo levantamento de causas múltiplas de mortalidade (LAURENTI, 1983). Esse fato foi constatado em estudo realizado por Ishitani e França (2001) que, ao analisarem os óbitos por doença hipertensiva, sob o enfoque da causa básica de morte, em uma região de Belo Horizonte, identificaram que esses óbitos representaram 2,3% do total e, quando analisados, através das causas múltiplas de morte, a proporção aumentou para 9,0%.

⁶ www.datasus.gov.br

4.2 Características dos registros de acompanhamento dos portadores de hipertensão

Os resultados relativos às características dos registros de acompanhamento foram obtidos a partir da investigação dos registros das fichas de cadastro familiar (Ficha A), de acompanhamento individual (Ficha B) e de registro diário (Ficha D) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dos cadastros do Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), dos prontuários e livros de registro das unidades de saúde da família.

A análise dos resultados buscou caracterizar a organização da equipe de saúde da família, em relação ao acompanhamento dos portadores de hipertensão, visto que a organização dos dados em instrumentos apropriados contribui para o aproveitamento e gerenciamento dos dados coletados e, conseqüentemente, permite à equipe de saúde da família conhecer a realidade na qual atua, planejar e avaliar a adequação das ações ofertadas.

A TAB. 7 apresenta a ocorrência de registro do óbito pela equipe de saúde da família e a TAB. 8 o registro do óbito segundo instrumentos da unidade de saúde da família.

TABELA 7
Registro da data da ocorrência do óbito pela Equipe de Saúde da Família

REGISTRO DO ÓBITO	FREQUÊNCIA	
	N	%
Não constam registros da data do óbito	61	66,3
Constam registros da data do óbito	31	33,7
TOTAL	92	100,0

Fonte: Prontuário, Livro de Registro de Óbitos, Fichas A, Ficha B, Ficha D do SIAB

TABELA 8
Registro do óbito segundo instrumentos da Unidade de Saúde da Família

INSTRUMENTO DE REGISTRO DO ÓBITO	FREQUÊNCIA	
	N	%
Prontuário	19	61,3
SIAB: Ficha A, Ficha B ou Ficha D	9	29,0
Livro de registro de óbito	3	9,7
TOTAL	31	100,0

Fonte: Prontuário, Livro de Registro de Óbitos, Fichas A, Ficha B, Ficha D do SIAB

Do total de casos analisados, apenas, em 33,7% (n=31) dos casos havia anotações da data da ocorrência do óbito (TAB. 7), sendo que desses, foi verificado que, em 61,3% (n=19), o registro constava no prontuário, 29% (n=9) nas fichas A, B ou D do SIAB e 9,7% (n=3) em livro de registros de óbitos (TAB. 8).

A ficha D – SIAB possui espaço específico para o registro dos óbitos ocorridos no mês de referência e, no entanto, foi constatada baixa utilização dessa ficha para esse fim (TAB. 8).

Apesar do baixo registro da ocorrência do óbito, destaca-se que 98,7% (n=90) dos prontuários analisados encontravam-se junto aos arquivos de prontuários inativos das unidades de saúde da família.

Dados inferiores foram encontrados por Baptista, Marcon e Souza (2008) ao avaliar a cobertura assistencial dos indivíduos que faleceram por doença cerebrovascular, evidenciando que apenas, em 4,5% dos prontuários analisados, havia anotações da data da ocorrência e a causa do óbito, e, em 14,6%, a data do óbito. Nesse estudo, as autoras identificaram que 37,1% dos prontuários permaneciam em arquivos de prontuários ativos das unidades básicas de saúde e ressaltam que este fato pode demonstrar a fragilidade na organização do serviço.

O fato da maioria dos prontuários ter sido encontrada em arquivos inativos das unidades de saúde da família de Contagem pode ser um aspecto positivo na organização do serviço do ponto de vista da identificação, pelas equipes de indivíduos falecidos ou com mudança de endereço. Porém, a fragilidade nessa organização pode ser constatada ao se observar que, na grande maioria das unidades, não há um padrão na forma ou local de arquivamento dos prontuários e, na maioria dos casos de óbitos analisados, os prontuários foram encontrados em

arquivos improvisados em caixas de papelão e sem qualquer ordenação na forma de arquivamento.

A falta de critérios quanto à forma de organização dos arquivos das unidades também é observada nos arquivos ativos, sendo encontradas diversas opções para ordenação dos prontuários pelas equipes como: por microárea, por ruas e números de domicílio, por ordem alfabética, por número de família conforme cadastro no SIAB e outras formas de ordenação.

O mobiliário inadequado para o arquivamento de prontuários nas unidades de saúde da família também foi constatado por Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008).

Além de dificultar a organização do trabalho na identificação e obtenção de informações necessárias ao acompanhamento dos indivíduos e das famílias no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, a situação encontrada contribuiu para o extravio de documentos de pacientes e exclusão de casos de óbitos identificados neste estudo.

Destaca-se que as informações contidas no prontuário subsidiam “a análise de situação de saúde da população adscrita, programação das ações, controle e avaliação, além de serem a fonte para alimentação de todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde.” (MINAS GERAIS, 2007b, p. 30) e, no caso de indivíduos portadores de doença crônica, as informações contidas no prontuário podem contribuir e fornecer informações úteis para a vigilância à saúde sob o enfoque do risco ao indivíduo e aos demais membros da família.

Muitas são as formas para facilitar a identificação de famílias de risco ou usuários em condições ou patologias graves e uma delas é a sinalização dos prontuários com cores ou outras marcações para a identificação.

Portanto, considerando a importância das informações registradas no prontuário para a vigilância à saúde e do aproveitamento desses dados, toda a equipe de saúde deve estar engajada na organização e utilização dessa tecnologia reconhecendo sua relevância, utilidade e aplicabilidade.

No âmbito do Programa Saúde da Família, o enfermeiro possui atribuições estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) e, dentre elas destaca-se a organização do trabalho que é apontada por Kurcgant (2005) como a finalidade principal do processo de trabalho gerencial do enfermeiro e, para tanto inclui todas as atividades necessárias para o alcance dessa organização.

Assim sendo, sugere-se que o enfermeiro da saúde da família deve participar efetivamente do processo de organização e arquivamento dos prontuários. Porém, não se pode ignorar o fato de que as ações assistenciais e as incumbências burocráticas atribuídas ao enfermeiro do PSF consomem grande parte do tempo da jornada de trabalho, dificultando, assim, executar essa função (SÁ; GOMES; SANTOS, 2008).

A avaliação dos registros em instrumentos do SIAB evidenciou que o cadastro na ficha A estava presente em 93,5% (n=86) dos casos, enquanto o cadastro na Ficha B foi verificado em apenas 6,5% (n=6) (TAB. 9).

Quanto ao tempo de cadastro, na ficha A, verifica-se que a maioria apresentava tempo de cadastro superior a 48 meses (TAB. 10). Por se tratar de um período longo de residência, na área de abrangência da equipe, sugere-se que esses casos deveriam ter o seguimento para o controle da hipertensão bem estabelecido, com garantia do acesso e do cuidado ao longo do tempo.

TABELA 9
Distribuição dos óbitos por cadastro em Fichas A e B do SIAB

SIAB	FREQUÊNCIA	
	N	%
Ficha A		
Cadastro na Ficha A	86	93,5
Não cadastrado na Ficha A	6	6,5
TOTAL	92	100,0
Ficha B		
Cadastro na Ficha B	6	6,5
Não cadastrado na Ficha B	86	93,5
TOTAL	92	100,0

Fonte: Ficha A e Ficha B do SIAB

TABELA 10
Distribuição dos óbitos por tempo de cadastro na Unidade de Saúde da Família

TEMPO DE CADASTRO	FREQUÊNCIA	
	N	%
24 a 48 meses	21	24,4
49 a 72 meses	30	34,9
73 a 96 meses	34	39,5
Acima de 96 meses	1	1,2
TOTAL	86	100,0

Fonte: Ficha A do SIAB

Os registros do sistema HIPERDIA também foram avaliados e as fichas de cadastro foram encontradas em apenas 30,4% (n=28) dos casos (TAB. 11). O registro da estratificação de risco foi encontrado somente para os casos que apresentavam fichas de cadastro do HIPERDIA (TAB. 12). Desse modo, constata-se que foram estratificados, segundo risco, somente 30,4% (n=28) do total de casos. Dentre esses, 7,1% (n=2) apresentavam risco baixo, 28,6% (n=8) risco médio, 25,0% (n=7) risco alto e 39,3% (n=11) risco muito alto. Apenas um caso apresentou registro da reavaliação da estratificação do risco em ficha de HIPERDIA após a primeira avaliação (TAB. 12).

A TAB. 11 mostra a distribuição dos óbitos segundo cadastro no HIPERDIA e a TAB. 12, as características dos registros de estratificação de risco.

TABELA 11
Distribuição dos óbitos segundo cadastro no HIPERDIA

HIPERDIA	FREQUÊNCIA	
	N	%
Ficha de cadastro HIPERDIA		
Cadastro no HIPERDIA	28	30,4
Não cadastrado no HIPERDIA	64	69,6
TOTAL	92	100,0

Fonte: Ficha de cadastro do HIPERDIA

TABELA 12
Características dos registros de estratificação do risco global

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	FREQUÊNCIA	
	N	%
Estratificação do risco global		
Há registro de estratificação	28	30,4
Não há registro de estratificação	64	69,6
TOTAL	92	100,0
Instrumento onde está registrada a estratificação		
Ficha de HIPERDIA	28	100,0
TOTAL	28	100,0
Estratificação registrada		
Risco baixo	2	7,1
Risco médio	8	28,6
Risco alto	7	25,0
Risco muito alto	11	39,3
TOTAL	28	100,0
Reavaliação da estratificação de risco		
Há registro de reavaliação	1	3,6
Não há registro de reavaliação	27	96,4
TOTAL	28	100,0

Fonte: Ficha de cadastro do HIPERDIA

Os dados apresentados sobre registros do SIAB e do HIPERDIA são semelhantes aos apresentados por Baptista, Marcon e Souza (2008) ao constatarem que indivíduos que faleceram por doença cerebrovascular apresentaram baixo registro nas fichas cadastrais do SIAB e do HIPERDIA e que os instrumentos menos utilizados para registro foram a Ficha B do SIAB (4,9%) e a ficha de cadastro do HIPERDIA (8,2%).

Apesar de o cadastro da ficha A ter sido verificado, na maioria dos casos, deste estudo, esperava-se que 100% das famílias sejam cadastradas no SIAB, já que o ACS realiza visitas mensais às famílias da área de abrangência, oportunizando a atualização do cadastro.

Conforme normatização definida pelo Ministério da Saúde (1998) e instituída pelo município de Contagem, a partir de 1999, as equipes de saúde da família devem possuir registrado e documentado, em papel (fichas do SIAB), o número de hipertensos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários e sexo e estes dados devem ser atualizados mensalmente (BRASIL, 1998, 2005). A partir do

conhecimento dessa população, é possível propor o desenvolvimento de várias ações e monitorar a frequência dos hipertensos às atividades agendadas, garantindo a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.

O agente comunitário de saúde tem como principais atividades o cadastro, por meio da ficha A do SIAB e acompanhamento das famílias, indivíduos e grupos prioritários da área de abrangência da equipe, que no caso do acompanhamento dos hipertensos é utilizada a ficha B – HA do SIAB. Para garantir o cadastramento e sua atualização, bem como o acompanhamento dos indivíduos e famílias cadastradas, o agente comunitário de saúde deve realizar, pelo menos, uma visita mensal para cada família (BRASIL, 2001b, 2001c).

Desse modo, o baixo registro na ficha B do SIAB pode sugerir que o acompanhamento mensal, realizado pelo ACS, não ocorre de forma sistematizada e que essa situação não esteja restrita aos portadores de hipertensão, principalmente naqueles indivíduos pertencentes a grupos específicos e para os quais também utiliza-se a Ficha B: diabetes, tuberculose, hanseníase, gestantes.

Segundo Baptista, Marcon e Souza (2008), isso pode indicar também, que há falhas na apropriação dos dados pelas equipes de saúde da família e na supervisão do trabalho do agente comunitário de saúde e ainda, que o processo de trabalho das equipes não está orientado pelo princípio da vigilância, pois todos os indivíduos portadores de hipertensão arterial deveriam ser cadastrados pelo ACS, na Ficha B para acompanhamento mensal.

Além da relevância do registro em instrumentos do SIAB para a organização do monitoramento dos hipertensos, toda ação dirigida à prevenção secundária na hipertensão arterial deve ser programada, a partir da identificação de fatores de risco associados, lesões em órgão-alvo e avaliação de comorbidades e, portanto, os indivíduos hipertensos acompanhados pela unidade básica de saúde deveriam ser cadastrados no HIPERDIA para avaliação, monitoramento e sistematização do acompanhamento (BRASIL, 2001a). Esse processo possibilita identificar os hipertensos conforme estratificação de risco e intervir sobre os riscos e/ou danos, segundo a forma de adoecer de cada indivíduo.

No entanto, o baixo registro em fichas de cadastro do HIPERDIA e, conseqüentemente a baixa estratificação do risco cardiovascular dos indivíduos podem demonstrar a pouca valorização do médico e do enfermeiro, quanto à aplicabilidade e utilidade desse sistema para o planejamento das ações de saúde e

monitoramento dos indivíduos, conforme o risco. Pode demonstrar também que o acompanhamento e a decisão terapêutica aos portadores de hipertensão podem estar comprometidos, uma vez que, a investigação e identificação de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e condições clínicas associadas determinarão a sistematização da atenção a esses indivíduos.

Ressalta-se ainda, que a estratificação do risco deve ser feita ao longo do acompanhamento do hipertenso, ou seja, reavaliações da estratificação do risco devem ser feitas para pacientes hipertensos, em acompanhamento nos serviços, pois, apesar de acompanhados, constituem grupos vulneráveis, sendo necessária a atuação adequada da equipe de saúde para intervir sobre os riscos e evitar complicações futuras relacionadas à hipertensão.

Deve-se destacar que o preenchimento das fichas do SIAB e do HIPERDIA é obrigatório e necessário ao planejamento das ações locais de saúde, a partir da utilização das informações. No entanto, a variedade de sistemas de informação vinculados à alocação de recursos financeiros dificulta a sua utilização e conforme ressaltam Baptista, Marcon e Souza (2008), ao longo dos anos, tem sido criado um Sistema de Informação em Saúde para cada demanda específica, conforme as demandas e exigências do Ministério da Saúde, sem a preocupação em seguir padrões e processos integrados.

Nesse sentido, as autoras ressaltam que se faz necessária:

[...] a adoção de práticas locais que organizem o processo de trabalho em consonância com as metas programadas e pactuadas entre os níveis de gestão visando ao enfrentamento efetivo das adversidades em saúde, contexto no qual o uso dos dados e a melhoria do seu registro são imprescindíveis. (BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008, v. 24, p. 227).

Com o objetivo de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde o Ministério da Saúde (2006) firmou o Pacto pela Saúde, nas três esferas do SUS e estabeleceu como um dos princípios o fortalecimento da programação pactuada e da organização do planejamento local (BRASIL, 2006f). Frente a esse desafio são definidas responsabilidades municipais dentre as quais se destacam:

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação e; organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, bem como o

acesso à atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território [...] (BRASIL, 2006f, p. 42).

Portanto, é imprescindível que os municípios desenvolvam processos de planejamento participativo e integrado com os serviços e equipes de saúde e que estejam pautados em problemas e necessidades em saúde para a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde e, conseqüentemente, para a efetivação dos princípios do SUS (BRASIL, 2006f).

Diante disso, o pacto pela saúde aponta a necessidade de pactuação, junto às equipes de saúde da família, de metas municipais a serem alcançadas conforme a realidade epidemiológica e capacidade do município para cumprimento das mesmas e também, a necessidade de se desenvolver processos que possibilitem o retorno dos dados ao nível local, gerando de forma oportuna informações para o planejamento das ações locais, bem como de ações para a melhoria da qualidade dos dados produzidos.

Na situação encontrada, neste estudo, é possível perceber que a lógica da organização do processo de trabalho, baseado na programação pactuada e na vigilância em saúde, pode estar comprometida pelas falhas na apropriação e utilização dos dados pelas equipes de saúde da família.

Além disso, a não existência de padronização de fluxos que garantam a alimentação e consolidação dos dados de alguns sistemas de informação como o SIAB e o HIPERDIA contribui para a pouca utilização do dado no planejamento das ações e para a baixa adesão das equipes à utilização adequada desses sistemas.

Apesar de o SIAB produzir informações de relevância no planejamento das ações e na tomada de decisões locais, Freitas e Pinto (2005, v. 13, p. 552) destacam que “para a realização da programação local pela equipe de saúde da família é necessário ter um sistema de informação em saúde operante, atualizado, com acesso disponível e de fácil interpretação.” As autoras reforçam ainda que a utilização do SIAB como ferramenta de trabalho na obtenção de informação para a programação local é necessária a disponibilização dos dados para as equipes e o fortalecimento nos processos de capacitação da ESF na interpretação e análise dos dados coletados.

Desse modo, torna-se necessário avaliar as dificuldades enfrentadas pelas equipes na manutenção de um processo de cadastramento e monitoramento dos sistemas de informação, no âmbito da atenção primária à saúde.

Além dos registros dos sistemas de informação utilizados na atenção primária à saúde, foram pesquisados os registros de história clínica e história pregressa como: diagnóstico, tratamento, fatores de risco, ocorrência de complicações e internações.

A partir dos dados apresentados na TAB. 13, observa-se que o diagnóstico de hipertensão arterial estava registrado em 97,8% (n=90) dos prontuários. Na maioria dos casos, a hipertensão arterial estava registrada há mais de 48 meses. Ressalta-se que, o diagnóstico de hipertensão foi feito há mais de 73 meses em 38,9% (n=35) dos casos (TAB. 13).

TABELA 13
Registros de diagnóstico e tempo de diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica

HIPERTENSÃO	FREQUÊNCIA	
	N	%
Diagnóstico de Hipertensão		
Registrado	90	97,8
Não registrado	2	2,2
TOTAL	92	100,0
Tempo de diagnóstico de hipertensão		
Menos de 11 anos	2	2,2
12 a 24 meses	7	7,8
25 a 48 meses	20	22,2
49 a 72 meses	26	28,9
73 a 96 meses	32	35,6
Acima de 96 meses	3	3,3
TOTAL	90	100,0

Fonte: Prontuário

O registro do tratamento para hipertensão arterial foi verificado em 92,4% (n=85) dos prontuários (TAB. 14) e a maioria apresentava registro de tratamento há mais de 48 meses, apresentando equivalência entre os registros de tempo de

diagnóstico de hipertensão e o tempo de tratamento. Em 41,2% (n=35) dos casos o tempo de tratamento foi superior há 73 meses (TAB. 14).

Quanto ao tipo de tratamento observou-se predomínio do registro de tratamento medicamentoso 97,6% (n=83) e, em apenas 2,4% (n=2) dos prontuários, foi verificado o registro do tratamento não medicamentoso (TAB. 14).

Considerando que o tempo de diagnóstico e de tratamento na maioria dos casos de óbito foi superior a quatro anos e que, a grande maioria dos casos estava em tratamento medicamentoso esperava-se que o registro da história pregressa contemplasse informações sobre a adoção ou não de medidas não medicamentosas.

TABELA 14
Registros de tratamento, tempo e tipo de tratamento da hipertensão arterial sistêmica

HIPERTENSÃO	FREQUÊNCIA	
	N	%
Tratamento de Hipertensão		
Registrado	85	92,4
Não registrado	7	7,6
TOTAL	92	100,0
Tempo de tratamento de hipertensão		
Menos de 11 meses	2	2,4
12 a 24 meses	8	9,4
25 a 48 meses	18	21,1
49 a 72 meses	22	25,9
73 a 96 meses	31	36,5
Acima de 96 meses	4	4,7
TOTAL	85	100,0
Tipo de tratamento		
Medicamentoso	83	97,6
Não medicamentoso	1	1,2
Medicamentoso e não medicamentoso	1	1,2
TOTAL	85	100,0

Fonte: Prontuário

Quanto ao tempo de tratamento encontrado neste estudo coincide com os resultados demonstrados por Santos *et al.* (2005) que identificaram entre 42% dos portadores de hipertensão tempo de tratamento superior a 72 meses. No entanto, o tempo de diagnóstico encontrado pelas autoras difere dos resultados deste estudo, sendo que 54% dos hipertensos apresentaram tempo de diagnóstico superior a 72 meses e ainda, o tratamento medicamentoso combinado ao não medicamentoso foi verificado em 96% dos hipertensos.

Vale ressaltar que a metodologia empregada por Santos *et al.* (2005) difere deste estudo, pois o indivíduo hipertenso foi a fonte de informação para determinar o tempo de diagnóstico e tratamento o que, talvez, tenha contribuído para os resultados encontrados.

Quanto ao registro de fatores de risco para hipertensão arterial, foi verificado que 16,0% (n=15) dos registros faziam referência ao tabagismo, 1,0% (n=1) ao etilismo e 21,0% (n=19) ao diabetes (GRAF. 1).

Verificou-se também que em grande parte dos casos os fatores de risco citados não estavam registrados como presentes ou ausentes sendo observada ausência de registro para tabagismo em 54,0% (n=50), etilismo em 72,0% (n=66) e diabetes em 36,0% (n=33) (GRAF. 1). Em nenhum caso foi localizado o registro do IMC.

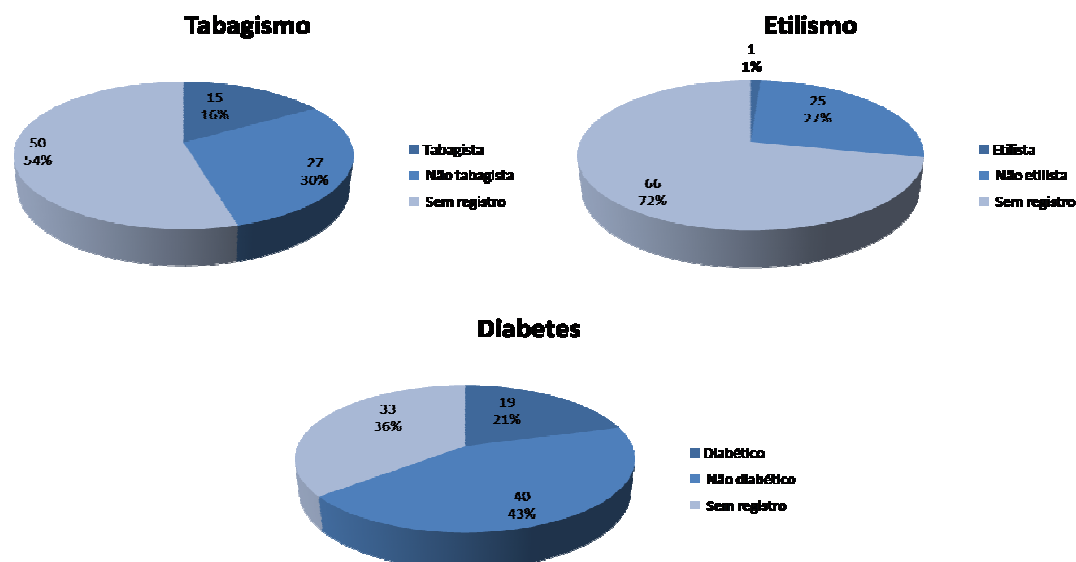


GRÁFICO 1: Registro dos fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica

Fonte: Prontuário, Ficha de HIPERDIA

Esses resultados assemelham-se aos resultados encontrados por Mano e Pierin (2005) que, ao avaliarem os registros de prontuários de hipertensos acompanhados por uma unidade de saúde da família identificaram que 18% eram tabagistas e que, em 47% dos prontuários não constava registro sobre hábito de tabagismo e em 64% sobre etilismo. Porém, a referência ao etilismo foi superior e verificada em 21% dos prontuários (MANO; PIERIN, 2005).

Estudo realizado por Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006) demonstrou resultado também semelhante correspondendo a 16,9% para o tabagismo. Nesse estudo, para a obesidade, o dado verificado correspondeu a aproximadamente 11,9% (SZWARC WALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006).

Entre indivíduos portadores de hipertensão arterial Sousa, Souza e Scochi (2006) e Henrique *et al.* (2008) identificaram a prevalência de diabetes de 16,4% e 23,3% respectivamente. Sala, Nemes e Cohen (1998) demonstraram uma prevalência de 62% da população entre cinquenta anos e mais acompanhados em uma unidade de saúde.

Vale destacar que a hipertensão arterial é uma co-morbidade extremamente comum em indivíduos portadores de diabetes, representando um risco adicional a este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares (TOSCANO, 2004). E, portanto, a detecção da hipertensão associada ao diabetes é fundamental para a estratificação do risco.

A importância do conhecimento dos fatores de risco pelos profissionais de saúde se deve ao fato de que 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 (BARRETO *et al.*, 2001) e, soma-se a isto que, a redução da morbimortalidade por doença cardiovascular pode ser observada com o tratamento adequado da hipertensão arterial que envolve medidas medicamentosas e/ou não medicamentosas (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1997).

Ao avaliar o registro de complicações verificou-se que estava presente em 55,4% (n=51) dos casos. Dentre esses, 84,3% (n=43) apresentavam registro de Acidente Vascular Encefálico, principal complicação registrada, 3,9% (n=2) de Infarto Agudo do Miocárdio e 11,8% (n=6) outras causas (TAB. 15)

TABELA 15
Registro de complicações em história pregressa do indivíduo

COMPLICAÇÕES	FREQUÊNCIA	
	N	%
Registro de complicações		
Sim	51	55,4
Não	41	44,6
TOTAL	92	100,0
Complicações registradas		
Acidente Vascular Encefálico	43	84,3
Infarto Agudo do Miocárdio	2	3,9
Outras complicações	6	11,8
TOTAL	51	100,0

Fonte: Prontuário, Ficha de HIPERDIA

Quanto ao registro de ocorrência de internações, no período de 24 meses que antecederam o óbito constatou-se que em 25,0% (n=23) dos casos havia registro de internações, sendo que desses, em 47,8% (n=11) havia registro de internação por AVE, 8,7% (n=2) por HAS e 43,5% (n=10) por outras causas (TAB. 16).

TABELA 16
Registro de internações ocorridas no período de 24 meses que antecederam o óbito

INTERNAÇÕES	FREQUÊNCIA	
	N	%
Registro de internações		
Sim	23	25,0
Não	69	75,0
TOTAL	92	100,0
Motivo das internações		
AVE	11	47,8
HAS	2	8,7
Outras causas	10	43,5
TOTAL	23	100,0

Fonte: Prontuário

Destaca-se que 95,7% (n=22) das internações registradas corresponderam à indivíduos que apresentaram alguma complicação e que cerca de 47,8% (n=11) dos casos apresentaram internação, por acidente vascular encefálico. Em relação ao total de casos (n=92) as internações por AVE correspondem a 12% (n=11).

Sousa, Souza e Scochi (2006) verificaram que esse agravo foi causa de internação de 6,1% dos indivíduos portadores de hipertensão. Além disso, identificaram que a maioria desses pacientes apresentava pressão arterial elevada na última consulta.

De modo semelhante ao registro da ocorrência do óbito, o registro de internações não foi verificado na ficha D – SIAB, em campo específico para esse registro. Nessa ficha todos os profissionais da equipe de saúde podem preencher o campo referente às hospitalizações, ao tomarem conhecimento de qualquer caso de internação entre indivíduos da área de abrangência.

A disponibilidade de informações sobre o registro do diagnóstico e tratamento da hipertensão verificados, neste estudo, demonstra que tais informações auxiliam a identificação dos portadores de hipertensão, pela equipe, durante o acompanhamento, contribuindo, em parte, para a continuidade do cuidado, mas ao se avaliar a qualidade desses registros, verifica-se que as informações disponíveis não garantem uma atenção integral baseada nas necessidades do paciente.

A presença de fatores de risco para doença cardiovascular, entre hipertensos, reforça a necessidade não só de aprimoramento do diagnóstico e tratamento da hipertensão, como também da abordagem integral do perfil de risco, dessa população (BARRETO *et al.*, 2001) e assim, a falta de conhecimento pela equipe dos fatores de risco para a hipertensão dificulta o desenvolvimento de estratégias de controle desses fatores e de promoção de hábitos de vida saudáveis.

Apesar da importância dos registros sobre a história clínica e pregressa para o acompanhamento do portador de hipertensão, o que se observa é que esses registros são descritos em prontuário sob a ótica e/ou sistematização individual de cada profissional de saúde.

Observa-se também que os prontuários não são elaborados de forma a facilitar a sistematização dos registros necessários ao diagnóstico e acompanhamento do indivíduo hipertenso ou com doenças crônicas. A sistematização adequada das informações no prontuário, de acordo com a condição ou patologia do indivíduo, contribui para coordenação do cuidado e para a segurança e eficiência do atendimento a partir do resgate dos registros anteriores.

Desse modo, com base nos casos analisados, pode-se supor que tanto a integralidade da atenção como a longitudinalidade e a continuidade do cuidado

foram prejudicadas pela precariedade das informações sobre o paciente que se encontravam disponíveis entre os membros da equipe.

4.3 Atenção ofertada aos portadores de hipertensão

Com o objetivo de avaliar o cuidado dispensado ao portador de hipertensão, foram investigados os registros da atenção médica e de enfermagem presentes no prontuário. Esses registros podem contribuir para avaliar se o cuidado foi dispensado de forma adequada a alcançar resultados esperados em uma determinada intervenção.

Pela possibilidade de guardar toda a história clínica do indivíduo e conduta profissional que são registradas durante as consultas realizadas o prontuário configura-se como um importante instrumento de trabalho utilizado pela equipe de saúde da família. Segundo Donabedian (1966) os registros clínicos, apesar de suas limitações, são fonte para a maioria dos estudos do processo de cuidados médicos.

A distribuição das consultas mostrou que 71,7% (n=66) dos casos realizaram consultas médicas, 53,3% (n=49) realizaram consultas de enfermagem e 45,7% (n=42) realizaram consultas médicas e de enfermagem (TAB. 17).

TABELA 17
Distribuição das consultas ofertadas para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito, conforme tipo de consulta realizada

CONSULTA REALIZADA	FREQUÊNCIA	
	N	%
Consulta Médica	66	71,7
Consulta de Enfermagem	49	53,3
Consulta Médica e de Enfermagem	42	45,7

Fonte: Prontuário

Estudos apontam dados semelhantes para a realização de consulta médica verificada em 86% (MANO; PIERIN, 2005) e em 64,1% (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006) dos hipertensos acompanhados por uma unidade de saúde da família. Porém, para a realização de consulta de enfermagem, os resultados foram inferiores aos

encontrados neste estudo, sendo verificada em apenas 30% (MANO; PIERIN, 2005) e em 32,4% dos hipertensos (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

A concentração de consultas médicas, no período de 24 meses que antecederam o óbito, mostrou que, em 28,3% (n=26) dos casos não havia registro de realização de consultas médicas, em 32,6% (n=30) esse registro foi verificado uma a três vezes e, em 39,1% (n=36), entre quatro a dez vezes (TAB. 18).

Pode-se constatar que a maioria dos casos que havia registro de consulta médica, apresentou concentração de consultas médicas entre quatro a dez consultas em 24 meses. Porém, destaca-se que 28,3% (n=26) não apresentavam registro de realização de consultas e 32,6% (n=30) dos casos apresentaram concentração de consultas inferior a quatro consultas médicas (TAB. 18), resultado inferior ao parâmetro desejável.

TABELA 18
Registro de consultas médicas para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito

CONSULTA MÉDICA	FREQUÊNCIA	
	N	%
Quantidade de consultas médicas registradas		
Nenhuma	26	28,3
1 consulta	11	11,9
2 consultas	12	13,1
3 consultas	7	7,6
4 consultas	11	11,9
5 consultas	8	8,7
6 a 10 consultas	17	18,5
TOTAL	92	100,0
Última consulta médica registrada		
No último mês antes do óbito	17	18,5
De 1 a 6 meses antes do óbito	22	23,9
Mais de 6 a 12 meses antes do óbito	17	18,5
Mais de 12 a 24 meses antes do óbito	9	9,8
Mais de 24 a 60 meses antes do óbito	24	26,0
Mais de 60 meses antes do óbito	3	3,3
TOTAL	92	100,0*

Fonte: Prontuário

Nota: * resultado proveniente de arredondamento: dado numérico original = 26,1%; dado arredondado = 26,0%

Ao se avaliar o último registro de consulta médica, foi constatado que, na maioria dos casos, esse registro ocorreu a menos de 12 meses do óbito, sendo que em 42,4% (n=39) a última consulta médica ocorreu entre um e seis meses do óbito (TAB. 18). Destaca-se que 39,1% (n=36) dos casos não apresentava registro de realização de consulta médica no período de um ano antes do óbito (TAB.18).

Sousa, Souza e Scochi (2006), ao avaliarem o último atendimento de hipertensos na unidade de saúde, evidenciaram que 25,8% não foram atendidos no período de um ano, 52,7% foram atendidos no último semestre do mesmo ano e apenas 32% no último trimestre.

Alguns estudos avaliam a concentração de consultas médicas e de enfermagem e atividades educativas, no período de um ano (DIDIER; GUIMARÃES, 2007; SCOCHI, 2001; SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006) identificaram concentração de consultas superior ao encontrado neste estudo, o qual se refere às consultas realizadas no período de 24 meses.

Isto é demonstrado em estudo realizado por Scochi (2001) ao verificar que, somente no período de um ano, aproximadamente 49% dos pacientes portadores de hipertensão apresentavam registro no prontuário de até cinco consultas médicas e 14% realizaram entre seis a dez consultas médicas.

Estudo realizado por Sousa, Souza e Scochi (2006) também constataram concentração de atendimentos superior, ao avaliar que, no período de um ano, 31,4% dos portadores de hipertensão de uma unidade de saúde da família consultaram com médico até duas vezes, 21,5% entre três e cinco vezes e, cerca de 5,6% consultaram com médico mais de seis vezes.

A concentração de consultas de enfermagem para controle da hipertensão, realizadas no período de 24 meses que antecederam o óbito é apresentada na TAB. 19.

TABELA 19
Registro de consultas de enfermagem para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito

CONSULTAS DE ENFERMAGEM	FREQUÊNCIA	
	N	%
Quantidade de consultas de enfermagem		
Nenhuma	43	46,7
1 consulta	19	20,7
2 consultas	14	15,2
3 consultas	4	4,3
4 consultas	3	3,3
5 consultas	4	4,3
6 a 10 consultas	5	5,5
TOTAL	92	100,0
Última consulta de enfermagem registrada		
No último mês antes do óbito	10	10,9
De 1 a 6 meses antes do óbito	10	10,9
Mais de 6 a 12 meses antes do óbito	13	14,1
Mais de 12 a 24 meses antes do óbito	15	16,3
Mais de 24 a 60 meses antes do óbito	38	41,3
Mais de 60 meses antes do óbito	6	6,5
TOTAL	92	100,0

Fonte: Prontuário

Os resultados quanto à concentração de consultas de enfermagem demonstram que em 46,7% (n=43) dos casos não havia registro de realização de consulta de enfermagem, em 20,7% (n=19) o registro foi verificado apenas uma vez, em 15,2% (n=14) forma registradas duas consultas, em 12,0% (n=11) três a cinco consultas e, em 5,5% (n=5) seis a dez consultas (TAB. 19).

Verifica-se que na maioria dos casos que apresentavam registros de consulta de enfermagem a concentração em 24 meses foi entre uma e duas consultas e que grande parte dos casos não apresentava registro de consulta de enfermagem nesse período (TAB. 19).

O último registro de consulta de enfermagem, na maioria dos casos, também ocorreu há mais de 12 meses, antes do óbito, sendo que em 47,8% (n=44) o registro da última consulta foi verificado há mais de 24 meses do óbito. Em apenas 21,8% (n=20) dos casos, o registro da última consulta ocorreu entre um e seis meses do óbito (TAB. 19).

Sousa, Souza e Scochi (2006) evidenciaram que no período de um ano 23,1% dos hipertensos consultaram com o enfermeiro uma a duas vezes, 8,2% três a cinco vezes e 1,1% mais de seis vezes.

Destaca-se que a porcentagem de indivíduos que não realizaram consulta médica e de enfermagem, no período de um ano foi de 35,9% e 67,6% respectivamente (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006). Esses dados encontrados pelas autoras são superiores ao constatado neste estudo.

Conforme parâmetros para a programação das ações básicas de saúde recomendam-se na atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica a realização de duas consultas médicas por paciente ao ano e quatro consultas de enfermagem por paciente ao ano (BRASIL, 2001a, 2001b). Esses parâmetros se referem a indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades.

Para indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo ou com comorbidades são recomendadas consultas médicas mensais e os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou comorbidades, consultas médicas trimestrais (BRASIL, 2001a).

Neste estudo, optou-se como parâmetro para avaliação da concentração de consultas médicas, a garantia de, no mínimo, duas consultas médicas por paciente ao ano e quatro consultas de enfermagem por paciente ao ano (BRASIL, 2001a, 2001b).

Desse modo, o registro de comparecimento dos pacientes às consultas para controle da hipertensão arterial sistêmica, em prontuário foi o critério utilizado para a avaliação do acompanhamento, realizado pelas equipes de saúde da família e considerado adequado quando registradas, pelo menos, quatro consultas médicas no período de 24 meses que antecederam cada óbito e pelo menos oito consultas de enfermagem, no mesmo período.

Com base nos parâmetros definidos, para este estudo, verificou-se que o acompanhamento foi insatisfatório, pois apenas 39,1% (n=36) consultaram com o médico, entre quatro a dez vezes (TAB. 18), no período de 24 meses que antecederam o óbito e apenas 5,4% (n=5) consultaram com enfermeiro entre seis a dez vezes (TAB. 19).

Didier e Guimarães (2007) verificaram, entre pacientes hipertensos, menos de três atendimentos por ano, pelo médico e menos que quatro atendimentos, por ano, pelo enfermeiro aos pacientes hipertensos.

A investigação de realização de consultas médicas e de enfermagem, por indivíduos que apresentavam complicações (n=51) demonstrou que a maioria realizou consultas, no período de 24 meses que antecederam o óbito sendo que em 64,7% (n=33) foi verificado o registro de realização de consulta de enfermagem e, 90,2% (n=46) o registro de consulta médica (TAB. 20).

Para a maior parte deste grupo, a concentração de consultas médicas foi superior a quatro consultas e a concentração de consultas de enfermagem foi inferior a três consultas. Destaca-se que, em apenas 5,9% (n=3) foi constatado o registro entre seis e nove consultas de enfermagem realizadas (TAB. 20).

TABELA 20
Concentração de consultas médica e de enfermagem para controle da hipertensão arterial sistêmica aos indivíduos que apresentavam complicações

CONSULTAS	FREQUÊNCIA	
	N	%
Concentração de Consultas Médicas		
Nenhuma	5	9,8
1 consulta	6	11,8
2 consultas	9	17,6
3 consultas	5	9,8
4 consultas	6	11,8
5 consultas	5	9,8
6 a 10 consultas	15	29,4
TOTAL	51	100,0
Concentração de Consultas de Enfermagem		
Nenhuma	18	35,3
1 consulta	11	21,6
2 consultas	10	19,6
3 consultas	4	7,8
4 consultas	2	3,9
5 consultas	3	5,9
6 a 9 consultas	3	5,9
TOTAL	51	100,0

Fonte: Prontuário

De modo semelhante, dentre os indivíduos que apresentavam registro de estratificação de risco, a maioria apresentou registro de realização de consultas médicas e de enfermagem (TAB. 21).

Dentre os casos de óbitos que apresentavam registro de estratificação de risco, (n=28), 82,1% (n=23) apresentavam registro de consultas médicas para controle da hipertensão e 71,4% (n=20) apresentavam registro de consultas de enfermagem (TAB. 21). Nesse grupo, 18% (n=5) não apresentavam registro de realização de consultas médicas no período de 24 meses, 24,9% (n=7) apresentavam registro de uma a três consultas médicas e 57,1% (n=16) entre quatro a dez consultas médicas (TAB. 21).

Em relação à concentração de consultas de enfermagem 28,6% (n=8) não apresentavam registro de realização de consultas, 50% (n=14) apresentavam registro entre uma e três consultas e 21,3% (n=6) entre quatro e dez consultas (TAB. 21).

TABELA 21
Concentração de consultas médica e de enfermagem para controle da hipertensão arterial sistêmica aos indivíduos com estratificação de risco registrada

AÇÕES OFERTADAS	FREQUÊNCIA	
	N	%
Concentração de Consultas Médicas		
Nenhuma	5	18,0
1 consulta	2	7,1
2 consultas	2	7,1
3 consultas	3	10,7
4 consultas	3	10,7
5 consultas	3	10,7
6 a 10 consultas	10	35,7
TOTAL	28	100,0
Concentração de Consultas de Enfermagem		
Nenhuma	8	28,6
1 consulta	6	21,5
2 consultas	7	25,0
3 consultas	1	3,6
4 consultas	2	7,1
5 consultas	2	7,1
9 a 10 consultas	2	7,1
TOTAL	28	100,0

Fonte: Prontuário

Com base nos resultados de atendimento médico e de enfermagem, pode-se perceber que não são organizados pela lógica da programação das ações, conforme parâmetros assistenciais e necessidades de grupos prioritários. Isto porque, em relação à concentração de atendimentos, verifica-se a não realização de consultas médicas e de enfermagem em parcela importante dos casos e, por se tratar de indivíduos que são pertencentes à área de abrangência de equipes de saúde da família, era de se esperar o registro de realização de consultas, no período pesquisado, visto que se refere a um período de 24 meses, suficiente para que ocorra o agendamento e o atendimento pelo profissional médico e/ou enfermeiro.

Outro fato que deve ser ressaltado é em relação ao atendimento ofertado aos indivíduos estratificados, segundo risco que, apesar da maioria apresentar concentração de consultas superior a quatro consultas médicas, observa-se parcela sem atendimento com médico e/ou enfermeiro e baixa concentração de consultas de enfermagem. O mesmo fato é constatado ao se avaliar isoladamente indivíduos com complicações.

É provável também, que esses indivíduos não tenham sido encaminhados pelo médico e/ou enfermeiro, no momento do atendimento para o seguimento programático ou que esse encaminhamento não tenha sido feito de forma adequada para garantir a adesão ao seguimento.

Por se tratar de indivíduos que, na grande maioria, eram sabidamente hipertensos, as equipes de saúde deveriam captar esses indivíduos e propor assistência médica e de enfermagem, conforme o risco e com atenção especial para aqueles com maior risco.

A situação encontrada possibilita questionar a atuação da equipe de saúde, no monitoramento contínuo dos hipertensos e, principalmente, o papel do enfermeiro na organização da programação. Sabe-se que os pacientes, principalmente, aqueles mais graves tendem a consultar mais com médicos, mas o enfermeiro atuando no acolhimento é capaz de reconhecer o risco dos indivíduos e contribuir para a garantia do acesso à atenção primária. E, no entanto, a constatação do baixo registro de atendimento do enfermeiro, no controle da hipertensão, sugere que, no acolhimento, a enfermagem está atuando na realização de triagem para consulta médica ou no atendimento da demanda espontânea, para o agendamento de consultas médicas.

É importante destacar que o acolhimento pode ser um dispositivo de garantia da entrada da demanda espontânea dos indivíduos nas unidades de saúde e de reconhecimento do risco desses indivíduos pela equipe de saúde, mas não é adequado que funcione como uma estratégia para disciplinar essa demanda configurando-se como um obstáculo a ser vencido para que o indivíduo tenha acesso à assistência (TURCI, 2008). O acesso deve ser garantido conforme as necessidades e prioridades de indivíduos e/ou grupos prioritários (ACÚRCIO; GUIMARÃES, 1996) e, para isso, o acolhimento representa um espaço de identificação dessas demandas e de readequação ou organização do trabalho da equipe.

Nesse sentido, o acesso e acolhimento são elementos que podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada para que se possa incidir de forma efetiva sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS; LIMA, 2003).

O acesso aos serviços de saúde é também um dos fatores que interferem na adesão ao tratamento por pacientes portadores de hipertensão (SARQUIS *et al.*, 1998) e desse modo, algumas dificuldades enfrentadas pelos indivíduos, na obtenção do atendimento, podem influenciar negativamente na garantia do acesso como: longo tempo de espera na marcação de consultas ou as dificuldades na obtenção das consultas (BRASIL, 1993a, 1993b).

Como garantia da adesão ao tratamento, os profissionais de saúde devem garantir o acesso dos portadores de hipertensão, assim como de indivíduos portadores de doenças crônicas, por meio da programação da atenção e do seguimento contínuo desses indivíduos. A programação pode facilitar e otimizar a atuação da equipe de saúde, bem como facilitar a identificação e priorização do atendimento aos indivíduos conforme o risco.

Outros aspectos importantes da atenção médica e de enfermagem pesquisados foram o registro de condutas e de orientações nas consultas realizadas, para o controle da hipertensão.

A investigação do registro de condutas em consultas médicas revelou que 98,5% (n=65) apresentavam registro de, pelo menos, uma das condutas pesquisadas (TAB. 22).

Quanto ao registro de orientações para o autocuidado dirigidas ao controle da hipertensão arterial verifica-se que 30,3% (n=20) dos indivíduos que realizaram

consulta médica apresentavam registro de, pelo menos, uma das orientações pesquisadas (TAB. 22).

TABELA 22
Registro de condutas e orientações médicas nas consultas para controle da hipertensão

CONSULTAS MÉDICAS	FREQUÊNCIA	
	N	%
Registro de condutas médicas		
Com registro de pelo menos uma das condutas	65	98,5
Sem registro de conduta	1	1,5
TOTAL	66	100,0
Registro de orientações médicas		
Com registro de pelo menos uma das orientações	20	30,3
Sem registro de orientações	46	69,7
TOTAL	66	100,0

Fonte: Prontuário

Quanto ao tipo de conduta registrado durante a realização da consulta médica, verifica-se o registro de avaliação clínica em 60,6% (n=40) dos prontuários, da avaliação de resultados de exames de rotina, para o controle da hipertensão arterial, em 40,9% (n=27), da prescrição de anti-hipertensivos em 86,4% (n=57) dos prontuários. Em 90,9% (n=60) foi verificado o registro de aferição da pressão arterial e em 44% (n=29) verificou-se o registro do peso corpóreo (GRAF. 2).

O registro de solicitação de exames de rotina para o controle da hipertensão arterial foi verificado em 47,0% (n=31) dos prontuários. A investigação dos fatores de risco foi registrada em, apenas, 24,2% (n=16) e o registro de encaminhamento para especialista em, apenas, 13,6% (n=9) (GRAF. 2).

Com base nos resultados, constata-se que nas consultas médicas o registro da avaliação clínica, da prescrição de anti-hipertensivos e da aferição da pressão arterial estava presente na maioria dos casos. O registro de solicitação e avaliação de exames de rotina, para controle da hipertensão arterial e do peso corpóreo, foi menos frequente, sendo verificado em menos da metade dos casos. O registro do IMC não estava presente em todos os casos investigados. Foi observado também, baixo registro de fatores de risco e encaminhamento para especialista.

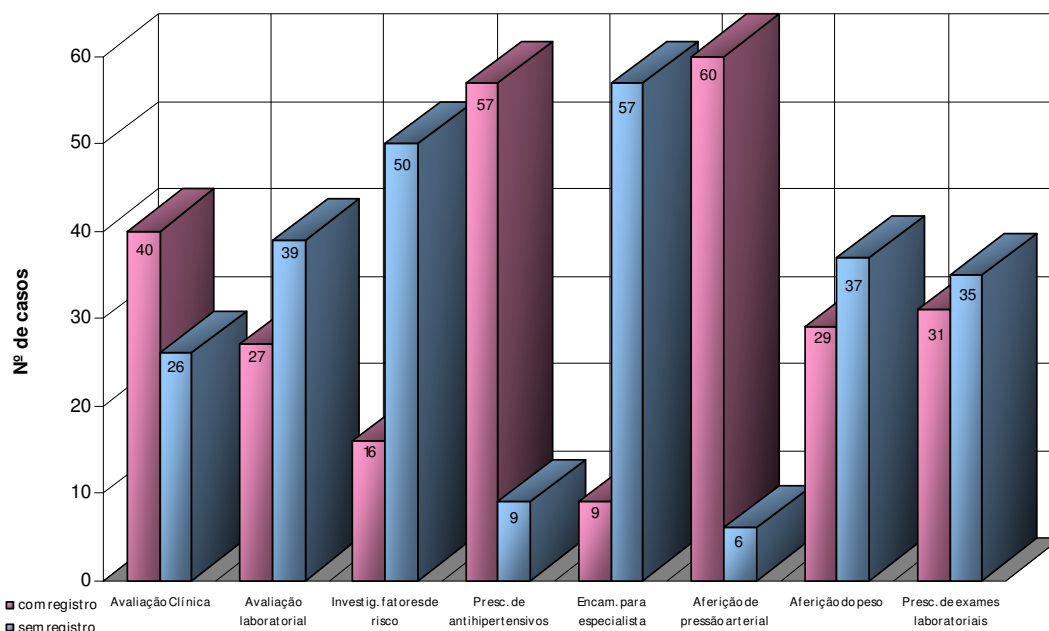


GRÁFICO 2: Frequência de condutas médicas nas consultas para controle da hipertensão

Fonte: Prontuário

Dentre os prontuários que apresentaram registro de consulta de enfermagem, 89,8% (n=44) apresentavam registro de, pelo menos, uma das condutas pesquisadas. (TAB. 23).

TABELA 23
Registro de condutas e orientações de enfermagem nas consultas para controle da hipertensão

CONSULTAS DE ENFERMAGEM	FREQUÊNCIA	
	N	%
Registro de condutas de enfermagem		
Com registro de pelo menos uma das condutas	44	89,8
Sem registro de conduta	5	10,2
TOTAL	49	100,0
Registro de orientações nas consultas de		
Com registro de pelo menos uma das orientações	14	28,6
Sem registro de orientações	35	71,4
TOTAL	49	100,0

Fonte: Prontuário

Quanto ao registro de orientações para o autocuidado dirigidas ao controle da hipertensão arterial verifica-se que apenas 28,6% (n=14) dos indivíduos com registro de consulta de enfermagem apresentavam registro de, pelo menos, uma das orientações pesquisadas (TAB. 23).

Quanto ao tipo de conduta registrada, durante a realização da consulta de enfermagem (GRAF. 3), verifica-se que as referentes à manutenção de anti-hipertensivos e aferição da pressão arterial estavam presentes na maioria dos casos. Os registros de solicitação de exames de rotina para o controle da hipertensão arterial e de investigação dos fatores de risco foram baixos e verificados em, apenas, 28,6% (n=14) e 20,4% (n=10), respectivamente. O registro do peso corpóreo foi verificado em, apenas, 23,5 % (n=13) das consultas de enfermagem, além de não constar registro do IMC.

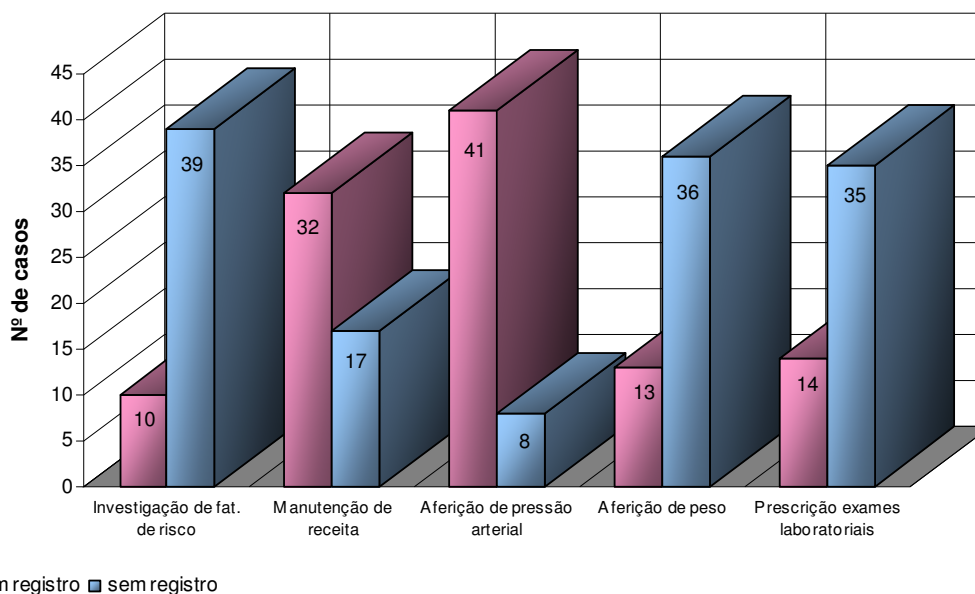


GRÁFICO 3: Frequência de condutas de enfermagem nas consultas realizadas pelo enfermeiro para controle da hipertensão

Fonte: Prontuário

O registro incompleto de itens relativos à anamnese do paciente, compreendendo investigação de fatores de risco, em diferentes programas, também foi evidenciado em estudo (SALA; NEMES; COHEN, 1998).

Os resultados referentes às condutas médicas e de enfermagem se aproximam do estudo realizado por Scochi (2001), ao constatar que a solicitação de

eletrocardiograma, prescrição de medicamentos, orientações sobre evolução, retorno e encaminhamentos não estão sendo registrados, durante a atenção aos portadores de hipertensão ou não são realizados pelos profissionais a cada atendimento.

A baixa solicitação de exames complementares por enfermeiros, no controle da hipertensão arterial também foi constatada por Ximenes Neto e Melo (2005) ao identificar que apenas 8% dos enfermeiros participantes do estudo, solicitam exames complementares.

De modo semelhante a este estudo, a implementação de conduta de transcrição medicamentosa foi observada em 87% das consultas de enfermagem avaliadas, em estudo realizado por Felipe, Abreu e Moreira (2008).

Além do acompanhamento do hipertenso pela atenção básica é importante que os profissionais deste nível de atenção identifiquem as necessidades de encaminhamento para consultas especializadas, principalmente cardiologia, nefrologia, angiologia (MINAS GERAIS, 2006). Neste estudo, menos da metade dos casos que realizaram consulta médica na equipe de saúde da família apresentava registro de encaminhamento para especialista.

Além da avaliação das condições clínicas do paciente, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial recomenda o seguimento dos pacientes, conforme o valor de pressão arterial encontrado (BRASIL, 2001a) e para isso, a pressão arterial deve ser aferida.

Em relação à verificação da pressão arterial, a literatura aponta estudos que apresentam dados semelhantes aos resultados encontrados. O estudo realizado por Scochi (2001) identificou o registro da pressão arterial em 79,3% das consultas médicas. De forma similar, Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) identificaram a aferição da pressão arterial em menos de 80% das consultas realizadas, por profissionais de saúde de nível superior.

Felipe, Abreu e Moreira (2008) encontraram resultado superior ao avaliar a aferição, em consulta de enfermagem e constataram que a pressão arterial foi aferida em 100% das consultas dirigidas ao portador de hipertensão. Ao contrário, Ximenes Neto e Melo (2005) evidenciaram que apenas 17% realizaram o procedimento durante a consulta.

O resultado encontrado sobre o registro do peso corpóreo e do IMC aproxima-se dos estudos de Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008) que identificaram o registro

do peso em menos de 50% e de Scochi (2001) que identificou os registros de altura e peso em, apenas, 14% e 41%, respectivamente. Felipe, Abreu e Moreira (2008) identificaram que o peso corporal foi aferido em 46% das consultas de enfermagem. Este resultado é superior ao encontrado neste estudo.

Tanto para a aferição da pressão arterial como para o registro do IMC, em consultas médicas e de enfermagem, esperava-se que estivessem presentes em 100% das consultas, por se tratar de procedimentos de importância no controle e acompanhamento do hipertenso.

Além disso, a estratificação do risco e a decisão terapêutica são também baseadas nos valores de pressão e a atenção individualizada deve levar em consideração o valor de pressão arterial a ser alcançado (BRASIL, 2001a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). Desse modo, a aferição da PA em 100% dos atendimentos é fundamental para a definição das condutas e orientações médicas e de enfermagem no seguimento do paciente.

A aferição de altura e de peso corpóreo é necessária para o estabelecimento do IMC e, pode-se supor que o baixo registro destes dados influenciará na mensuração do IMC e, conseqüentemente na determinação da obesidade, como fator de risco.

A prevalência do excesso de peso e da obesidade é avaliada pelo índice de massa corporal – IMC (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura, em metros), sendo que IMC superior a 25 Kg/m² corresponde a excesso de peso e IMC superior a 30 Kg/m² corresponde à obesidade (OPAS, 2003).

Portanto, recomenda-se manter o IMC entre 18,5 a 24,9 Kg/m² (CHOBANIAN, *et al.*, 2003) e a medição trimestral do IMC de todos os hipertensos acompanhados pela ESF, com registro em ficha individual, permitindo monitoramento do histórico e evolução do marcador (BRASIL, 2005).

O controle do peso e mensuração do IMC justifica-se pelo fato de que a literatura apresenta evidências de que obesidade e ganho de peso contribuem para o surgimento da hipertensão e do acidente vascular encefálico, bem como de outras doenças crônicas (OPAS, 2003; WHO, 1997).

Ao se avaliar o tipo de orientação registrada na consulta médica, verificou-se baixo registro, sendo que em apenas 15,2% (n=10) apresentavam registro de orientações sobre dieta e 1,5% (n=1) orientações sobre realização de atividade física. Apenas 21,2% (n=14) apresentavam registro de orientações sobre uso regular

de medicamentos e 4,5% (n=3) apresentavam registro de redução/manutenção do peso corpóreo. O registro de orientação de suspensão/redução do consumo de álcool não estava presente em todos os casos (GRAF. 4).

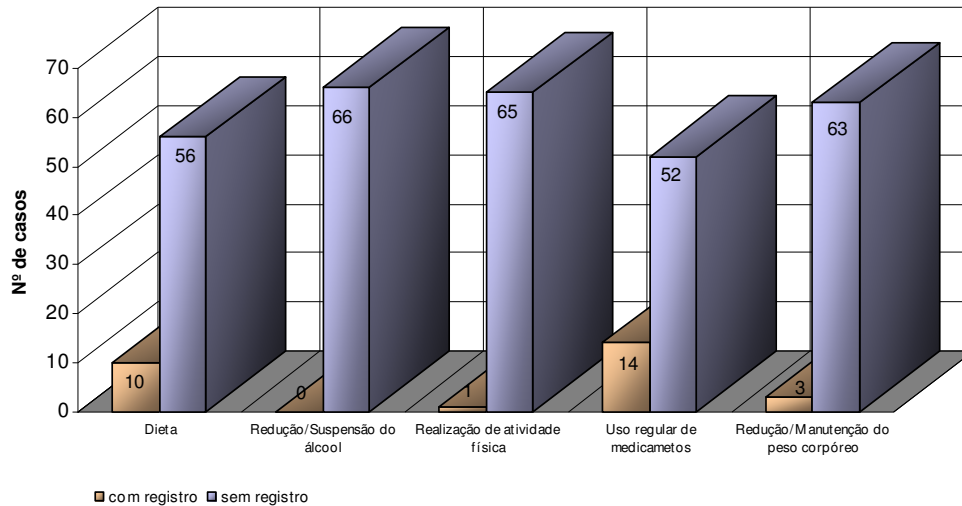


GRÁFICO 4: Frequência de orientações nas consultas médicas para controle da hipertensão

Fonte: Prontuário

De modo semelhante, foi constatado também baixo registro pelo enfermeiro das orientações sobre dieta, uso regular de medicamentos e redução/manutenção do peso corpóreo. A orientação de dieta foi verificada em apenas 12,2% (n=6), o uso regular de medicamentos em 18,4% (n=9) e a redução do peso em 4,1% (n=2). Os registros de orientação de suspensão/redução do consumo de álcool e de realização de atividade física não foram encontrados nas consultas de enfermagem (GRAF. 5).

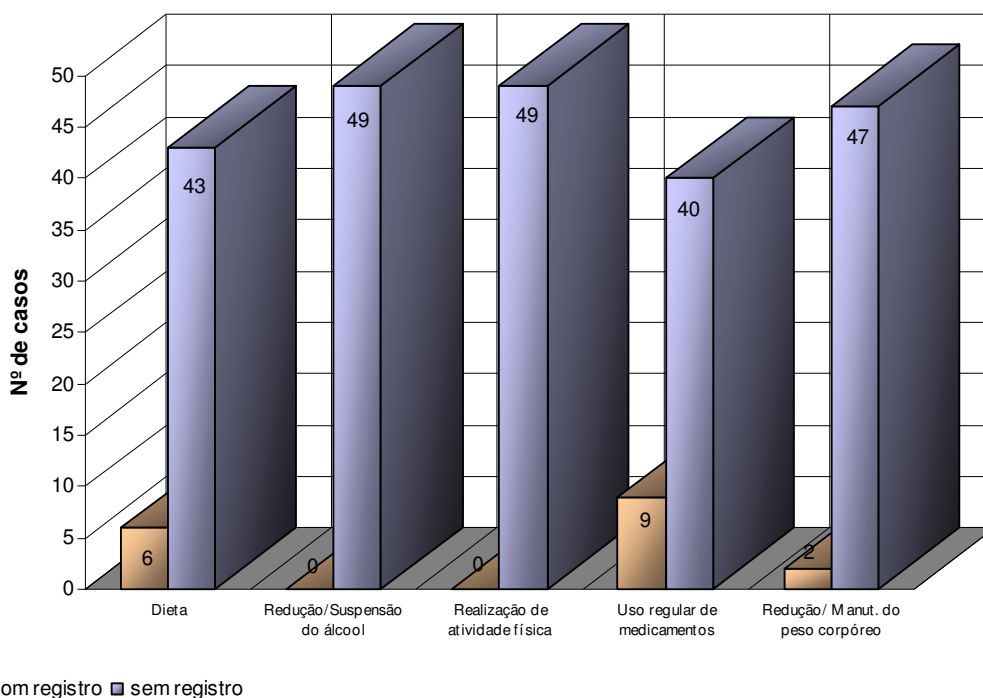


GRÁFICO 5: Frequência de orientações nas consultas de enfermagem para controle da hipertensão

Fonte: Prontuário

Estudos evidenciaram resultados superiores, como o estudo realizado por Mano e Pierin (2005) ao evidenciarem que em 69% dos prontuários de indivíduos portadores de hipertensão, atendidos por uma unidade de saúde da família havia menção sobre a prática de atividade física e em 47% sobre a alimentação. Além desses dados, o estudo realizado por Paiva, Bersusa e Escuder (2006) identificou que 25% dos portadores de hipertensão e diabetes, participantes do estudo, receberam orientação sobre a prática de atividade física e que a orientação sobre dieta foi verificada na maioria dos casos.

Felipe, Abreu e Moreira (2008) constataram as orientações de educação em saúde, relacionadas aos hábitos de vida saudáveis, em 87% das consultas de enfermagem avaliadas e a maior parte das condutas observadas, consistia em orientações individuais aos pacientes.

Ximenes Neto e Melo (2005) identificaram que 53% dos enfermeiros realizam, pelo menos, um tipo de orientação sobre modificação do estilo de vida, em consultas dirigidas a portadores de hipertensão.

O tratamento da hipertensão deve incluir algumas mudanças no estilo de vida, tais como: atividade física, restrições na ingestão de sal e de bebida alcoólica, controle da obesidade e do tabagismo (CHIAVERINI *et al.*, 1985; CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Conforme recomendação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial, a anamnese do portador de hipertensão deve ser orientada para os seguintes pontos: hábito de fumar, uso exagerado de álcool, ingestão excessiva de sal, aumento de peso, sedentarismo, estresse, antecedentes pessoais de diabetes, doença renal, doença cardíaca e cerebrovascular. Desse modo, cabe à equipe de saúde orientar à população para a mudança de hábitos desfavoráveis, sob a ótica da promoção da saúde, com destaque para a orientação de atividade física, alimentação saudável e redução de fumo e álcool (BRASIL, 2001a).

O registro da prática médica verificada, neste estudo, chama atenção para uma prática curativa e medicalizada ao se constatar a garantia do registro da prescrição medicamentosa, pelo profissional médico e o baixo registro de condutas e orientações que contribuam para o controle de riscos instalados ou para a prevenção de novos riscos. Esse fato pode revelar a importância que é dada pelo profissional médico ao tratamento medicamentoso, em detrimento da abordagem de aspectos que influenciem na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle da doença. Pode indicar também, que o saber técnico norteia a prática médica e as medidas de prevenção e promoção da saúde, fundamentais para a adesão ao tratamento, são deixadas para segundo plano.

As atribuições e competências do enfermeiro da Estratégia Saúde Família na consulta de enfermagem, ao portador de hipertensão incluem a abordagem sobre fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, a repetição/manutenção da medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências, além de encaminhamento médico, quando necessário (BRASIL, 2001a).

Porém, neste estudo, verifica-se que é dada maior ênfase à repetição ou manutenção de receita e aferição de PA e que a abordagem e investigação sobre os fatores de risco, fundamentais para a programação das ações e seguimento de forma individualizada, são pouco valorizadas por não estarem presentes nos registros.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde, no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes Mellitus* (BRASIL, 2001a) enfatiza a participação do enfermeiro nas atividades educativas individuais ou em grupo às pessoas com essas doenças.

A consulta de enfermagem é uma ferramenta importante à adesão do tratamento e o controle da pressão arterial. As mudanças no estilo de vida devem ser o foco da consulta, fazendo com que o indivíduo compreenda que alterações no estilo de vida e o uso correto e regular dos medicamentos podem controlar a hipertensão.

No entanto, o que se verifica é o atendimento do enfermeiro, sem plano de tratamento específico para cada indivíduo e baseado na manutenção de medicamentos anti-hipertensivos prescritos anteriormente pelo médico. Os registros revelam que a prática da enfermagem está voltada para a lógica clínica, individual e curativa.

A organização do processo de trabalho de Enfermagem tem se constituído ao longo dos anos no modelo clínico de atenção, tendo como objeto de trabalho a cura individual, por meio do cuidado, de forma semelhante ao trabalho do médico (NASCIMENTO, Maristella; NASCIMENTO, Maria, 2005).

Porém, no contexto do trabalho da Estratégia de Saúde da Família o enfermeiro deve atuar com enfoque nas ações de prevenção e promoção da saúde tendo em vista o processo de construção do SUS, proporcionando mudanças na produção dos serviços de saúde e do modelo assistencial.

É importante ressaltar que o enfermeiro, além de desenvolver papel assistencial, executa também algumas ações relacionadas à gerência, tais como supervisão e treinamento de auxiliares de enfermagem e ACS, previsão e provisão de insumos e elaboração de relatórios e boletins mensais para o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), bem como para outros sistemas de informação. Desse modo, aponta-se que, por um lado, as tarefas gerenciais contribuem para a sobrecarga do trabalho do enfermeiro e, muitas vezes, influenciam no desenvolvimento de ações sem planejamento da assistência. Por outro lado, o enfermeiro, por desenvolver diversas ações, encontra-se mais próximo aos membros da equipe e esta proximidade pode facilitar o planejamento e a programação junto aos profissionais e favorecer a coordenação e integração do cuidado.

Sugere-se a necessidade de protocolos municipais pautados de forma clara e concisa, em aspectos relacionados às atribuições do Enfermeiro, no programa de controle da hipertensão e em fluxos bem definidos de encaminhamentos às consultas médicas. Isso se deve à relevância do papel do enfermeiro, em programas de controle de doenças crônicas, tanto pela possibilidade da abordagem não medicamentosa como pela sua atuação em diversas situações de atendimento aos usuários da unidade, viabilizando o acesso ao usuário e identificação dos casos de maior risco.

Quanto ao registro de participação em atividades educativas constatou-se que em apenas 13% (n=12) dos casos havia registro de participação em atividade educativa, sendo que desses, a maioria das atividades foi realizada pelo profissional enfermeiro (TAB. 24).

TABELA 24
Atividades de educação em saúde registradas no período de 24 meses que antecederam o óbito

EDUCAÇÃO EM SAUDE	FREQUÊNCIA	
	N	%
Atividade Educativa		
Não consta registro	80	87,0
Consta registro	12	13,0
TOTAL	92	100,0
Profissional que realizou a ação educativa		
Médico	2	16,7
Enfermeiro	7	58,3
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	3	25,0
TOTAL	12	100,0

Fonte: Prontuário, Livro de Registro de Atividades Educativas, Arquivo de hipertensos.

De forma semelhante a este estudo, Mano e Pierin (2005) constataram o baixo registro de participação em atividades educativas, para controle da hipertensão, verificado em apenas 13% dos hipertensos.

Sobre as atividades educativas, recomenda-se a realização de quatro reuniões educativas em grupo, por paciente ao ano (BRASIL, 2001b). No entanto, constatou-se que apenas 13,0% (n=12) apresentavam registro de participação em

atividades educativas em grupo, o que pode sugerir que a maioria dos indivíduos não participou de ações educativas ou que tais ações não foram registradas.

Este dado supera os resultados encontrados na literatura: em uma unidade de saúde da família, 53,1% dos portadores de hipertensão e diabetes nunca havia participado de atividades educativas em grupo, relacionadas a esses agravos (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). Ainda, Manfroi e Oliveira (2006) ao pesquisarem a participação de hipertensos, em atividades educativas sobre hipertensão arterial, evidenciaram que mais da metade (55,2%) nunca havia participado de palestras ou discussões sobre hipertensão.

A educação em saúde, no tratamento da hipertensão é ainda um desafio a ser vencido pelos profissionais que atuam na estratégia de saúde da família e, de acordo com a literatura e com os dados deste estudo, algumas medidas devem ser implementadas para esse fim.

As estratégias de educação em saúde devem promover o acompanhamento dos indivíduos, serem permeadas pela interdisciplinaridade, desenvolvidas no âmbito individual e coletivo, valorizando a consulta como espaço educativo. Além disso, devem ser dirigidas ao desenvolvimento de habilidades do indivíduo para a compreensão e enfrentamento dos determinantes que afetam a sua saúde. É fundamental que os indivíduos sejam estimulados a participarem das atividades educativas e do seu plano de tratamento.

Dentre as ações para o controle da hipertensão arterial, as atividades de educação em saúde têm sido apontadas como uma das formas de estímulo à adesão ao tratamento. Sabe-se que a eficácia do processo educativo depende da participação integral do paciente, no seu plano de tratamento, pois, na maioria das vezes, tem capacidade de compreender e colaborar, interagindo com os profissionais de saúde na condução do processo saúde-doença (PERÉS; MAGNA; VIANA, 2003).

Ao se avaliar o controle da pressão arterial, verificou-se que em 73,9% (n=68) havia registro de valores da pressão arterial e, dentre esses, 54,4% (n=37) não apresentavam pressão arterial controlada. Apenas 45,6% (n=31) apresentavam níveis pressóricos controlados (TAB. 25), ou seja, com valores pressóricos inferiores a 140 mmHg para pressão sistólica e 90 mmHg para a pressão diastólica.

TABELA 25
Controle da hipertensão arterial sistêmica

CONTROLE DA PA	FREQUÊNCIA	
	N	%
Controlada	31	45,6
Não controlada	37	54,4
TOTAL	68	100,0

Fonte: Prontuário, Ficha de HIPERDIA

O controle dos níveis pressóricos foi avaliado em alguns estudos: Pierin e Mion Júnior (2001) destacam que no Brasil, dentre os hipertensos identificados e tratados, apenas 30% estão controlados. Fuchs (2002) encontrou 35,5% dos hipertensos com níveis pressóricos controlados. Mano e Pierin (2005) identificaram o controle dos níveis pressóricos em, apenas, 20% dos hipertensos acompanhados por uma unidade de saúde da família. Didier e Guimarães (2007) evidenciaram que após seis meses de intervenção, o controle dos níveis de pressão arterial passou de 10,23% para 48,81%.

Sabe-se que vários fatores podem contribuir para o controle da pressão arterial, incluindo desde a adesão do paciente ao tratamento proposto, até a eficácia do próprio tratamento (MOCHEL *et al.*, 2007). Porém, o percentual de hipertensos não controlados, verificado neste estudo, pode demonstrar um monitoramento inadequado desses pacientes, contribuindo para a baixa adesão, bem como para a ineficácia do tratamento prescrito, visto que a maior parte apresentava registro de tratamento medicamentoso.

Deve-se destacar que o controle da pressão arterial é de extrema importância no monitoramento do paciente, pois a elevação crônica da PA pode causar lesão vascular e lesões do coração, rins e cérebro (BRASIL, 2001a).

Segundo CAR (1998) apesar do avanço técnico científico ocorrido a partir dos anos de 1950 ainda observa-se ineficiência no controle da hipertensão arterial, em decorrência das dificuldades de acesso universal aos serviços de saúde e seguimento dos indivíduos ao tratamento anti-hipertensivo. Ainda, segundo a autora, o controle da hipertensão arterial dependerá da acessibilidade ao sistema de saúde, do conhecimento do diagnóstico da hipertensão arterial e da participação do indivíduo no tratamento anti-hipertensivo.

A investigação do registro de realização de exames laboratoriais demonstrou que esse registro foi baixo e, dentre os 92 casos, apenas 37,0% (n=34) apresentavam registro de exames laboratoriais, no período de 24 meses que antecederam o óbito. Desses, em 26,1% (n=24) havia registro de exame de colesterol total, em 20,7% (n=19) registro de HDL-C e LDL-C e 31,5% (n=29) apresentavam registro de glicemia de jejum (TAB. 26). Resultados inferiores foram encontrados por Vasconcellos, Gribel e Moraes (2007), identificando o registro de glicemia de jejum em menos de 20% das consultas ofertadas a portadores de hipertensão.

Quanto à quantidade de exames verifica-se que a maioria dos casos que apresentava registro de exames laboratoriais, realizou 01 exame no período de 24 meses que antecederam o óbito (TAB. 26). Pelo grande número de casos sem registro de exames, pode-se supor que os exames laboratoriais não foram realizados ou que esses exames não foram registrados.

Somente 10,9% (n=10) apresentaram registro de ECG e desses, a maioria (8,7%) apresentou registro de um exame de ECG, no período de 24 meses que antecederam o óbito (TAB. 26).

A situação se repete ao se avaliar o registro de realização de exames para indivíduos estratificados segundo o risco (n=28). Destaca-se que mais da metade (53,6%) não apresentavam registro de exames laboratoriais e a concentração entre os que apresentavam registro foi de um exame laboratorial no período de 24 meses que antecederam o óbito. Quanto ao ECG, 82% não apresentavam registro. Esses casos eram estratificados, na maioria, como médio e muito alto risco.

TABELA 26
Realização de exames para controle da hipertensão arterial sistêmica no período de 24 meses que antecederam o óbito

EXAMES	FREQUÊNCIA	
	N	%
Exames laboratoriais		
Indivíduos que realizaram	34	37,0
Indivíduos que não realizaram	58	63,0
TOTAL	92	100,0
Eletrocardiograma		
Indivíduos que realizaram	10	10,9
Indivíduos que não realizaram	82	89,1
TOTAL	92	100,0
Concentração de exames		
Colesterol Total		
Nenhum	68	73,9
1 exame	18	19,6
2 a 3 exames	6	6,5
TOTAL	92	100,0
Colesterol frações (HDL e LDL-C)		
Nenhum	73	79,3
1 exame	14	15,3
2 a 3 exames	5	5,4
TOTAL	92	100,0
Glicemia de jejum		
Nenhum	63	68,5
1 exame	19	20,6
2 exames	8	8,7
3 e mais exames	2	2,2
TOTAL	92	100,0
Eletrocardiograma		
Nenhum	82	89,1
1 exame	8	8,7
2 exames	2	2,2
TOTAL	92	100,0

Fonte: Prontuário

Recomenda-se como rotina para o controle da hipertensão arterial a realização de pelo menos um exame laboratorial (colesterol total e frações, glicemia de jejum) a cada dois anos para hipertenso estratificado, como baixo risco, um a cada ano para hipertensos médio, alto e muito alto risco (MINAS GERAIS, 2006;

RIBEIRO; LOTUFO, 2005). Neste estudo, foi considerado adequado quando registrado, pelo menos, um exame laboratorial (colesterol total e frações, glicemia de jejum), no período de 24 meses (BRASIL, 2001b) e, portanto, a concentração de exames foi considerada baixa, pois o registro foi verificado em menos da metade do total de casos.

Apesar da maioria dos casos que apresentava registro de ECG ter realizado um exame de ECG, no período de 24 meses que antecederam o óbito e essa quantidade estar de acordo com parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), a concentração de ECG também foi considerada baixa por ser verificada em, somente, 10,9% (n=10) dos casos (TAB. 26).

No entanto, outros parâmetros são estabelecidos atualmente e definem a realização de um ECG a cada três anos, para hipertenso estratificado como baixo e médio risco e dois ECG a cada três anos, para hipertenso estratificado como alto e muito alto risco (MINAS GERAIS, 2006; RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

A baixa solicitação de exames complementares pelos profissionais de saúde na atenção ao hipertenso foi demonstrada em estudo realizado por Scochi (2001). Segundo a autora, esse fato sugere que os exames não estão sendo solicitados ou não estão sendo registrados pelos profissionais de saúde.

A investigação clínico-laboratorial, em indivíduos com diagnóstico de hipertensão, tem como objetivo contribuir para a estratificação do risco do paciente (BRASIL, 2001a; CHOBANIAN *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006) e também para a condução terapêutica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006) de cada caso.

Deve-se destacar que, além da solicitação pelo médico, a solicitação pelo enfermeiro de exames mínimos para controle da hipertensão arterial é prevista no Plano (BRASIL, 2001a) e no município de Contagem, respaldada pela Portaria Municipal SMS 001/99 (CONTAGEM, 1999). São descritos como exames mínimos para controle anual do hipertenso: triglicérides, colesterol total, colesterol HDL e LDL, uréia, creatinina, proteinúria, ECG e RX de tórax. A portaria define que os exames descritos podem ser solicitados pelo enfermeiro, para posterior avaliação médica. No entanto, observa-se que mesmo havendo normatização da requisição de exames pelo enfermeiro, o registro de realização foi baixo.

Tomando por base a atenção ofertada pelas equipes de saúde da família, aos casos analisados pode-se dizer que a precária localização das informações dificultou

a avaliação da qualidade do serviço, porém, como destaca Scochi (2001, v. 23, p. 743) “o fato de não se encontrar o registro de um procedimento não significa que não foi realizado, pois, por um lado, pode ocorrer do profissional se limitar a registrar apenas o que é diferente do esperado no atendimento, ou seja, as anormalidades.”

Desse modo, a ausência de registro não permite dizer se o procedimento foi ou não realizado, mas que não foi registrado. A autora acrescenta que as informações no prontuário podem indicar como é feito o atendimento ambulatorial e que a presença do registro, por si só, não garante a qualidade do atendimento. Entretanto, o registro que fornece mais detalhe do atendimento pode indicar uma melhor qualidade do processo do cuidado. Destaca-se também que a prática de registro em prontuários faz parte do trabalho, como garantia não só do acompanhamento do usuário, mas também, da segurança do que já foi anteriormente realizado (SCOCHI, 2001).

Apesar de não ser garantia única para se medir a qualidade da atenção, o registro adequado pode favorecer a coordenação do cuidado, a integralidade e a atuação interdisciplinar e, conseqüentemente, a garantia da qualidade do processo de cuidado, a partir de informações registradas, no presente atendimento e obtidas nos registros dos atendimentos anteriores. A preocupação com a qualidade do registro e a sua utilização pode demonstrar o valor que é dado à informação pelos serviços.

De acordo com as normas técnicas, para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial, a rede básica deve realizar registro completo, em prontuários, da história clínica e da evolução dos pacientes, a partir do acompanhamento mensal de hipertensos, realizando orientações dietéticas e de exercícios físicos, instituição de terapêutica medicamentosa, e outras (BRASIL, 1988).

Com base nos resultados encontrados, neste estudo, apesar de não ser possível inferir sobre a qualidade da assistência prestada, a partir dos registros em prontuários, é possível questionar se, nesse cenário, o prontuário pode ser considerado como instrumento de importância para os registros clínicos, tendo em vista a baixa localização das informações pesquisadas.

Além disso, os resultados deste estudo sugerem que há fragilidades na sistematização da identificação dos indivíduos de risco e do controle, por parte das equipes de saúde da família. Isso se justifica pelo baixo número de casos

estratificados por risco e pela baixa concentração de consultas, atividades educativas e procedimentos dirigidos ao controle da pressão arterial.

De acordo com os resultados encontrados no seguimento dos casos, deste estudo, é provável que estejam ocorrendo falhas no controle de outras doenças crônicas e que os problemas encontrados não sejam exclusivos da atenção ofertada aos portadores de hipertensão.

Conforme ressalta SCOCHI (2001, v. 23, p. 740), ao avaliar a qualidade do cuidado prestado à indivíduos portadores de hipertensão:

A partir da observação do cuidado adequado dispensado ao hipertenso, não se pode inferir que os outros problemas assistidos pela rede também o recebem, embora seja um indicativo da boa qualidade do serviço. Por outro lado, a detecção de problemas na assistência ao hipertenso pode sugerir que problemas semelhantes ocorram em outras áreas.

Desse modo, a atenção ofertada pelas equipes de saúde da família, aos indivíduos portadores de hipertensão, pode ser um traçador da organização da atenção, aos grupos prioritários (BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008), em especial aqueles portadores de doenças crônicas e, espera-se que sejam desenvolvidas ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção a estes agravos (MALTA *et al.*, 2007) com o objetivo de prolongar a vida, reduzir complicações e promover a qualidade de vida.

A hipertensão é um agravo de importância na ocorrência de doenças cerebrovasculares e também um agravo prioritário no monitoramento da qualidade da atenção básica. Soma-se a isto o fato de que os óbitos relacionados à hipertensão essencial primária (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10: I10) e às doenças cerebrovasculares (CID-10: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66), em maiores de cinco anos a 75 anos, podem ser considerados como evento evitável ou reduzível, por ações relacionadas à intervenção médica (SUÁREZ-VARELA; LLOPIS; TEJERIZO, 1996) e, conseqüentemente, por ações efetivas dos serviços de saúde e acessíveis ao indivíduo (MALTA *et al.*, 2007).

Apesar de muitos outros fatores não relacionados diretamente aos cuidados médicos dispensados influenciarem na prorrogação da vida ou evitabilidade do óbito, é possível que o cuidado médico adequado contribua para tal (DONABEDIAN, 1966).

Conforme ressaltam Sala *et al.* (1993), ao se avaliar o uso do serviço é importante a verificação da ocorrência de uma concentração mínima necessária de determinadas atividades que seja adequada para cada situação de ação programática, incidindo sobre cada indivíduo. O uso do serviço será considerado como não adequado na verificação da ocorrência de baixa concentração das atividades por paciente. Isso pode inferir que o conjunto do trabalho pode ser insuficiente para a detecção de fatores de risco e para o controle da doença já instalada.

A atenção programada dirigida ao controle da hipertensão deve estar pautada no conhecimento científico, em parâmetros mínimos de atendimento e nas responsabilidades das equipes de saúde da família com esse agravo e sistematizadas, a partir do diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa e tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações e prevenção de condições de risco e complicações (BRASIL, 2001c; MINAS GERAIS, 2006).

Desse modo, o planejamento da necessidade de atenção aos hipertensos deve ser realizado a partir da classificação do tipo de hipertensão, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, entre outros fatores (BRASIL, 2005). Somente a partir dessa avaliação, é possível propor a frequência de consultas médica e de enfermagem e a frequência de realização de exames mínimos e/ou complementares, de acordo com parâmetros e consensos já estabelecidos.

Além disso, a padronização ou o desenvolvimento e a utilização de protocolos e condutas de atendimento que estejam em consonância com o conhecimento científico e com os princípios do SUS contribuem para a garantia da atenção integral e de qualidade.

No entanto, a inexistência de protocolo municipal que norteie as ações de controle da hipertensão pode ser um dificultador para a prática dos profissionais das equipes no controle desse agravo, embora existam programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e bem definidos para atendimento e seguimento dos indivíduos portadores de hipertensão, no nível primário da atenção.

Porém, para que a Estratégia de Saúde da Família se configure como estratégia de transformação das práticas, faz-se necessária não só a incorporação de novos conhecimentos, como também de mudança na cultura e no compromisso

do trabalhador com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios do SUS (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Além disso, conforme destacam Franco e Merhy (2003), a implantação de equipes de saúde da família, por si só não promove a mudança de modelo assistencial, pois essa mudança relaciona-se à organização de novos processos de trabalho que envolvem discussão permanente entre trabalhador, gestor e usuário.

A territorialização e priorização da atenção aos moradores da área de abrangência proposta pela estratégia de saúde da família são um aspecto positivo na transformação do modelo de atenção e podem favorecer uma assistência que garanta a continuidade do atendimento.

Nesse sentido, a gestão dos serviços de saúde tem papel fundamental na organização do processo de trabalho favorecendo o trabalho em equipe e a construção de práticas mais adequadas ao cuidado em saúde (BRASIL, 2005).

As ações propostas no Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial (Brasil, 2001a) constituem-se como desafio para o Sistema Único de Saúde, tendo em vista a necessidade de readequação da atenção primária, no desenvolvimento de estratégias dirigidas a prevenção desse agravo, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim, melhor qualidade da atenção prestada e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade relacionada a esse agravo.

Para tanto, torna-se necessário o ajuste entre a oferta e a demanda, com o objetivo de ofertar recursos adequados e oportunos que garantam à população e às equipes de saúde da família, o enfrentamento dos problemas e a continuidade (SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

Desse modo, torna-se necessária a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, na lógica da vigilância, integralidade, planejamento local, gestão colegiada e reorientação do trabalho na lógica programática das ações, com ênfase nos grupos populacionais, em situação de risco (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, apesar da capacidade das equipes de saúde da família em resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2001c), muitas são as lacunas e desafios existentes no processo de trabalho das equipes, na prevenção de doenças crônicas e redução de internações desnecessárias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados indicam deficiências nas ações de controle da hipertensão arterial, ofertadas pelas equipes de saúde da família, aos casos analisados.

Um primeiro ponto diz respeito ao extravio de prontuários, o que sugere desorganização e ausência de padrão mínimo, nas unidades, quanto ao local e à forma de arquivamento dos mesmos. Mesmo se tratando de arquivo de prontuários inativos, sabe-se que a preservação desses prontuários é importante para o uso legal ou para fins de pesquisa ou arquivamento histórico.

Esse fato, além de ter contribuído para a não inclusão de casos no estudo e, conseqüentemente, redução da amostra selecionada, pode demonstrar deficiências no processo de monitoramento e acompanhamento dos casos, pelas equipes. Além disso, do ponto de vista do serviço, é possível questionar se o extravio também está ocorrendo entre prontuários ativos da unidade, visto que, de modo semelhante aos prontuários inativos, também são observadas condições inadequadas de arquivamento e falta de padronização.

O segundo ponto está relacionado à ausência de registros em instrumentos de sistemas de informação da atenção primária à saúde e em prontuários ou outros instrumentos de importância, no controle da hipertensão arterial. Esse fato foi revelado na avaliação dos registros de cadastramento e acompanhamento do SIAB, cadastro no HIPERDIA e estratificação do risco global, nos registros referentes à história clínica e à história pregressa e nos registros da atenção médica e de enfermagem, atenção ofertada aos casos analisados.

A precariedade dos registros nos sistemas de informação analisados possibilita questionar se esses sistemas estão sendo utilizados de forma adequada para que se constituam como ferramenta para a avaliação e planejamento das atividades.

A pouca disponibilidade de informações sobre o paciente pode demonstrar a pouca valorização dos profissionais, no reconhecimento da importância dessas informações para o planejamento das ações e para atender às necessidades do paciente, no presente atendimento e em atendimentos futuros.

Cabe destacar a inexistência de registros e/ou a precariedade dos registros encontrados como uma limitação importante, deste estudo, em relação à quantidade e qualidade das informações. Apesar disso, a utilização de dados secundários não inviabiliza a realização de análises e a falta da informação pode também ser um indicador da qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos com a finalidade de compreender as dificuldades do serviço e dos profissionais de saúde, na valorização, utilidade e aplicabilidade dos dados, como fonte de informação para atender às reais necessidades de saúde da população. Além disso, torna-se necessário desenvolver estratégias de ações que promovam a melhoria do registro do dado e a qualidade da atenção a ser ofertada.

O terceiro e último ponto diz respeito ao modo como as equipes de saúde da família estão operando o controle da hipertensão arterial sistêmica, visto que uma vez estabelecido o diagnóstico de hipertensão deveria ser ofertado o atendimento programático a todo hipertenso.

Em relação aos casos analisados, neste estudo, os resultados podem sugerir falta de sistematização do atendimento aos portadores de hipertensão arterial, apesar da existência de vários documentos oficiais sobre o tema, em especial voltados para a atenção primária.

É possível que existam fragilidades na sistematização da identificação dos indivíduos de risco e do controle, desses indivíduos, por parte das equipes de saúde da família. Isso se justifica pelo baixo número de casos estratificados por risco e pela baixa concentração de consultas, atividades educativas e procedimentos dirigidos ao controle da pressão arterial.

Desse modo, sugere-se que, na maioria dos casos, a atenção ofertada não estava pautada no planejamento e programação das ações, conforme a necessidade de saúde e é provável também, que estejam ocorrendo falhas no controle de outras doenças crônicas e que os problemas encontrados não sejam exclusivos da atenção ofertada aos portadores de hipertensão analisados.

Destaca-se que apesar da territorialização com definição e adscrição de clientela ser um dos princípios fundamentais de atuação das equipes de saúde da família, a situação encontrada, neste estudo, permite questionar sobre a atuação das equipes, com base no território desenvolvendo ações de detecção e diagnóstico dos casos de hipertensão, cadastramento, busca ativa e seguimento dos casos sob

o enfoque de risco. Permite questionar também, sobre a atuação das equipes de saúde da família com base nos preceitos da atenção primária à saúde com garantia do acesso facilitado, organização da demanda e integralidade.

Essas questões remetem à reflexão sobre a necessidade de construção de um modelo de atenção inserido na concepção atual da vigilância à saúde, ou seja, um modelo que considere a prevenção dos riscos de adoecimento e morte, a assistência ao paciente, a redução de danos e a cura de doenças ou agravos à saúde. E, ainda, um modelo que enfatize ações de prevenção, promoção à saúde, controle e atenção às doenças crônicas não transmissíveis, reduzindo ou evitando mortes desnecessárias.

Nesse sentido, sugerem-se novos estudos que avaliem a atenção ofertada aos pacientes crônicos, com vistas à redução da mortalidade por causas evitáveis, na rede de atenção primária do município de Contagem. Chama-se a atenção também, para a necessidade de estudos que busquem aprofundar na influência da atenção ofertada, na adesão ao tratamento, controle da hipertensão e prevenção de complicações. E, ainda, os efeitos da atenção primária, na redução da morbimortalidade por complicações relacionadas a esse agravo.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F.A.; GUIMARAES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 233-242, abr./jun. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1508.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2009.

ALVES, V.S.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 131-47, jan./jun. 2006.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Treatment of hypertension in adults with diabetes. *Diabetes Care*, v. 26, n. 1, p. 80-82. 2003. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/26/suppl_1/s80.full.pdf+html>. Acesso em: 08 mar. 2009.

ANDREW, S *et al.* National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, classification, and stratification. *Ann. Intern. Med.*, v. 139, n. 2, p. 137-147, jul. 2003. Disponível em: <<http://www.annals.org/content/139/2/137.full.pdf+html>>. Acesso em: 01 ago. 2009.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.

BAPTISTA, E.K.K.; MARCON, S.S.; SOUZA, R.K.T. de. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 225-229, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/22.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

BARRETO, S.M. *et al.* Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 77, n. 6, p. 576-581, 2001.

BODSTEIN, Regina. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Normas técnicas para o Programa Nacional Educação e Controle da Hipertensão Arterial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 88p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Cárdio-Vasculares. *Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 1993a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Cárdio-Vasculares. Sistema Único de Saúde. *Doenças cardiovasculares no Brasil-SUS: dados epidemiológicos, assistência médica*. Brasília, 1993b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Informe epidemiológico do SUS*, Brasília, ano V, n. 2, abr./jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica*. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 96p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 102 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em 05 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Parâmetros para a programação das ações básicas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 37p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5406.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. 129p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito : 3. ed. . Brasília : Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001d. 42p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_obitos%20.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 373/GM* de 27 de fevereiro de 2002. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS*. NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial - Nº40 - Seção 1, quinta-feira, 28 de fevereiro de 2002a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_373_2002.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e ao Diabetes mellitus. *Programa de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus*. Brasília: 2002b. 69p.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 16/GM* de 03 de janeiro de 2002c. [acessado 2009 Mar 09]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-16.htm>>. Acesso em: 15 jun 2008.

_____. *Portaria Conjunta Nº 002* de 05 de março de 2002d. *Implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnhd/portaria_conjunta_02.php>. Acesso em: 20 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf*; 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/proesf>>. Acesso em: 08 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus /no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64p. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>> Acesso em: 11 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 110p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 07 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 620 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2006.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Cadernos de Atenção Básica 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 64 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais*. Cadernos de Atenção Básica; 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 56 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd14.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 297 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2006_brasil.pdf>. Acesso em: 25 maio 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 138p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação – competência: dezembro/2008*. 2008c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/abnumeros/historico_2008.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 112 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIGITEL2008web.pdf>>. Acesso em: 08 de abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 416p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2010.

CAR, M.R. A mortalidade cárdio-cerebrovascular e os problemas da prática no controle da hipertensão arterial. *Rev. Esc. Enf., USP*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 140-143, ago. 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/428.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2009.

CESSE, E. A. P.; CARVALHO, E.F.DE; SOUZA, W. V. DE, LUNA, C. F. Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil: 1950 a 2000. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 93, n. 5, 2009. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2009/AOP/2009/aop00309.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

CHARLTON, J.R.H.; VELEZ, R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *BMJ*, v. 292, n. 6516, p. 295-301, fev. 1986
Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1339275/pdf/bmjcred00219-0011.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2009.

CHIAVERINI, R. *et al. Hipertensão arterial para o clínico*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985.

CHOBANIAN, A.V. *et al.* The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee: the seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, v. 289, n.19, p. 2560-72, maio 2003. Disponível em:
<<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2008.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Fundação de Assistência Médica e de Urgência de Contagem. Portaria SMS nº 001/99. Contagem, 1999. Mimeografado.

_____. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação Geral. Perfil do município de Contagem. 2007. Mimeografado.

_____. Gerência de Vigilância Epidemiológica. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2009. Mimeografado.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Relatórios técnicos de indicadores do Pacto pela Saúde. 2010. Mimeografado.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.F.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (ORG.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide, 1996.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para avaliação da Atenção Primária no contexto de saúde brasileiro. *Rev. C. Col. [periódicos da internet]*. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 02 set. 2009.

DIDIER, M. T.; GUIMARÃES, A. C. Optimizing the Treatment of Hypertension in the Primary Care Setting. *Arq. Brás. Cardiol.*, São Paulo, v. 88, n. 2, p. 193-198, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n2/en_a14v88n2.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2009.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quartely*, v. 44, p. 166-206, 1966. Disponível em: <<http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2009.

ELMER, P.J. *et.al.* Lifestyle intervention: results of the Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Prev Med*, v. 24, n. 4, p. 378-388, 1995.

FELIPE, G.F.; ABREU, R.N.D.C.; MOREIRA, T.M.M.M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Ver. Esc. Enferm.*, USP, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 620-627, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

FREITAS, F.P.; PINTO, I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 547-554, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a13.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

FUCHS, F.D. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica: considerações para a prática clínica. *Rev. Brás. Hipertensão*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 54-57, 2002.

FUCHS, F.D. *et al.* Prevalence of systemic arterial hypertension and associated risk factors in the Porto Alegre metropolitan area. Populational-based study. *Arq. Bras. de Cardiol.*, São Paulo, v. 63, n. 6, p. 473-479, dez. 1994.

GREENBERG, D.A.; AMINOFF, M.J.; SIMON, R.P. *Neurologia Clínica*. Trad.: Jussara Burnier. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 471p.

HARTZ, Z.M.A. (Org.), SILVA, L.M.V. da (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ, 2005. 275p.

HASFORD, J. Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. *J. Cardiovas.Pharm.*, v. 20, n. 6, p. 30-34, 1992.

HENRIQUE, N.N. *et al.* Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 168-73, abr./jun., 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Estimativa da população de 2009: Cidades: Contagem - Minas Gerais*, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 26 maio 2009.

_____. *Censo demográfico – 2000: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Tabelas selecionadas Brasil: População residente por situação de domicílio e sexo, segundo os grupos de idade – Brasil, 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>>. Acesso em: 23 ago 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. *Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*. Rio de Janeiro: Inca, 2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

ISHITANI, L. H.; FRANCA, E. Doenças crônico-degenerativas em adultos da região centro-sul de Belo Horizonte: análise sob a perspectiva de causas múltiplas de morte. *Inf. Epidemiol. Sus.*, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p.177-188, dez. 2001. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v10n4/v10n4a04.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2009.

KLEIN, C. H. *et al.* Hipertensão Arterial na ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brazil II. Prevalência. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 389-394, jul./set. 1995. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v11n3/v11n3a02.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

KURCGANT, P. (Coord.) *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LAURENTI, R. Mortalidade por hipertensão arterial como causa básica. *Ciênc. e Cult.*, Campinas, v. 35, p.1637-42, 1983.

LAURENTI, Rui; MELLO JORGE, M. H. P. de. *O atestado de óbito*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 2004. v. 1, 274p.

LESSA, I. Hipertensão arterial e acidente vascular encefálico em Salvador, Bahia. *RAMB*. v. 31, p. 232-5, 1985.

LESSA I. Epidemiologia da doença cerebrovascular. In: Lessa I. Editora Hucitec/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, pp. 97-114, 1998.

LEWINGTON, S. *et al.* Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, v. 360, n. 9349, p. 1903–13, 2002.

LOTUFO, P.A. Revisão/Atualização em Hipertensão Arterial: A mortalidade elevada associada à hipertensão no Brasil: um fator dietético? *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-288, 1996. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br>>. Acesso em: 02 ago. 2008.

LOTUFO, P.A. Mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil. *Rev. Brás. Hipertensão*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 387-391, out./dez. 2000. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/014.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2009.

_____. Stroke in Brazil: a neglected disease. *Med J.*, Sao Paulo, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v123n1/a01v1231.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2008.

LOTUFO, P. A.; BENSENOR, I. M. Stroke mortality in São Paulo (1997-2003): a description using the Tenth Revision of the International Classification of Diseases. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 62, n. 4, p. 1008-1011, dez. 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n4/a14v62n4.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

MALTA, D.C. *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 4, p. 233-244, out.-dez. 2007.

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 765- 776, 2007.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Brás. Méd. Fam. e Com.*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 166-176, out./dez. 2006.

MANO, G.M.P.; PIERIN, A.M.G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 269-275, 2005.

MATTES, R.D.; DONNELLY, D. Relative contributions of dietary sodium sources. *J. Am. Coll. Nutr.*, v. 10, p. 383-93, 1991.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. 180p. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2008.

MERHY, Emerson elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo01.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Epidemiologia. *Análise de Situação de Saúde Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2007a. 90p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude>>. Acesso em: 06 jun. 2008.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Manual do prontuário de saúde da família*. Belo Horizonte: SES/MG, 2007b. 254 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. *Mortalidade – Brasil. Óbitos por Ocorrência por Sexo segundo Causa - CID-BR-10*. Brasília, 2006a [Informações de Saúde: Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos: Mortalidade geral – desde 1979:

Brasil por Região e Unidade da Federação: 2006]. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 23 set. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. *Mortalidade – Brasil. Óbitos por Ocorrência por Sexo segundo Causa - CID-BR-10*. Brasília, 2007a [Informações de Saúde: Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos: Mortalidade geral – desde 1979: Brasil por Região e Unidade da Federação: 2007]. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 23 set. 2009.

_____. Datasus. *Mortalidade – Brasil. Óbitos p/Residência por Sexo segundo Causa - CID-BR-10*, Brasília, 2006b [Informações de Saúde: Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos: Mortalidade geral – desde 1979: Minas Gerais: Município: Contagem: 2006]. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 23 set. 2009.

_____. Datasus. *Mortalidade – Brasil. Óbitos p/Residência por Sexo segundo Causa - CID-BR-10*, Brasília, 2007b [Informações de Saúde: Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos: Mortalidade geral – desde 1979: Minas Gerais: Município: Contagem: 2007]. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 23 set. 2009.

MOCHEL, E.G. *et al.* Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em pacientes da rede pública em São Luis (MA). *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, n. 1, p. 90-101, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%20%2090.pdf>. Acesso em: 13 Abr 2009.

NASCIMENTO, Maristella Santos; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a11v10n2.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2010.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. *The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, detection evaluation and treatment of high blood pressure*. Archives of Internal Medicine, 1997. 73p. Disponível em: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/archives/jnc6/jnc6_archive.pdf>. Acesso em: 03 mar. de 2009.

NOLTE, E.; MCKEE, M. *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London: Nuffield Trust, 2004. 138p. <<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/21404avoidablemortality2.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2009.

OLMOZ, R.D.; LOTUFO, P.A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. *Rev. Brás. Hipertensão*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 21-23, jan./mar. 2002. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-1/006.pdf>> Acesso em: 02 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10a revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995.

_____. *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais/doenças não-transmissíveis e saúde mental*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>>. Acesso em: 28 de mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Doenças crônico degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Organização Pan-americana da saúde. Brasília: 2003. 60p.

_____. *Prevenção e Controle de Doenças. Tema: Hipertensão Arterial: conceito*, 2009. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/prevencao/temas.cfm?id=59&Area=Conceito&pag_atual=1&direcao=posterior>. Acesso em: 23 mar. 2009.

PAIVA, D.C.P. DE; BERSUSA, A.A. S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente diabético e/ou hipertenso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006

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*, Brasília, v.15, n.1, p. 35-45, mar. 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a03.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2009.

PERÉS, D.S.; MAGNA, J.M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 635-642, 2003.

PIERIN, A.M.G.; MION Júnior, D. Atuação da Equipe de Enfermagem na Hipertensão Arterial. In: *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.149– 153.

POIKOLAINEN, K.; ESKOLA, J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969-1981. *Lancet*, v. 1, n. 8474, p. 199-202, 1986.

PORTA, M. *La compliance in neurologia*. Milano. Utet Periodici Scientifici, 1994.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento em uma unidade de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

RIBEIRO, R.C., LOTUFO, P.A. *Hipertensão Arterial Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Sarvier, 2005. 117p.

RUTSTEIN, D.D. *et al.* Measuring the quality of medical care: a clinical method. *The New England Journal of Medicine*, v. 294, n. 11, p.582-588, 1976.

RUTSTEIN, D.D. *et al.* *Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes*. *The New England Journal of Medicine*, v. 302, n. 20, p.1146, 1980.

SÁ, F. A.; GOMES, S.A., SANTOS, T.V.C. A gerência de enfermagem na organização dos prontuários do PSF. *Rev. Edu., Meio Amb.. e Saúde*, Manhuaçu, v. 3, n. 1, p. 148-164.

SALA, A. *et al.* Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 463-471, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n6/09.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

SALA, A.; NEMES FILHO, A.; ELUF-NETO, E.J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 161-167, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n2/5058.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2009.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária a saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14. p. 741-751, out./dez. 1998.

SANTO, AH. *Causas múltiplas de morte: formas de apresentação e métodos de análise*. São Paulo, 1988; Faculdade de Saúde Pública da USP [Tese de Doutorado] *apud* LOTUFO, P.A. Revisão/Atualização em Hipertensão Arterial: A mortalidade elevada associada à hipertensão no Brasil: um fator dietético? *J. Bras. Nefrol.*, São

Paulo, v. 18, n. 3, p. 285-288, 1996. Disponível em: <<http://www.jbn.org.br>>. Acesso em: 02 ago. 2008.

SANTO, A.H.; LAURENTI, R. Estatísticas de mortalidade por causa múltiplas: novas perspectivas com o sistema ACME. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 397-400, 1986. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n5/10.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

SANTOS, Z.M.S.A. *et al.* Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2009.

SARQUIS, L.M.M. *et al.* A adesão ao tratamento na Hipertensão Arterial: análise da produção científica. *Rev. Esc. Enf., USP*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 335-353, dez. 1998.

SAULTZ, J.W. Defining and measuring interpersonal Continuity of Care. *Annals of Family Medicine*, v. 1, n. 3, p. 134-135. set./out. 2003. Disponível em: <<http://www.annfam.org/cgi/reprint/1/3/134>>. Acesso em: 14 ago. 2008.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCOCHI, Maria José. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 23, n. 3, p. 739-744, 2001. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/3006/1871>>. Acesso em: 14 mar. 2009.

SILVA, M. G. C. da. Anos potenciais de vida perdidos por causas evitáveis, segundo sexo, em Fortaleza. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 99-110, abr./jun. 2003.

SILVA, S.P.; SANTOS, M.R. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 11, n. 3, p. 169-173, jul./set. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Conselho Brasileiro de Hipertensão Arterial. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arq. Brás. Endocrinol.*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 257-286, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 359-408, out./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>>. Acesso em: 14 abr. 2008.

_____. *V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial*, São Paulo, fev. 2006. 50p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2008.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. Universidade Estadual de Maringá – Londrina, *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 87, p. 496-503, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n4/15.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de *et al.* Análise de séries temporais da mortalidade por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, nas cinco regiões do Brasil, no período de 1981 a 2001. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 87, n. 6, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n6/09.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUÁREZ-VARELA, M.M.; LLOPIS, G.A.; TEJERIZO, P.M.L. Variations in avoidable mortality in relation to health care resources and urbanization level. *Journal of Environmental Pathology, Toxicology and Oncology*, v. 15, n. 2-4, p. 149-154, 1996.

SZWARCWALD, C.L.; MENDONÇA, M.H.M. de; ANDRADE, C.L.T. de. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-655, jul./set. 2006.

TOBIAS, M.; JACKSON, G. *Avoidable mortality in New Zealand, 1981-97*. *Journal of Public Health*, Australian and New Zealand, v. 25, n. 1, p. 12-20, 2001.

TOLEDO, M.M.; RODRIGUES, S.C.; CHIESA, A.M. Educação em Saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-238, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2009.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n4/a10v9n4.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

TURCI, Maria Aparecida (Org.). Secretaria Municipal de Saúde. *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação, 2008. 432 p.

VASCONCELLOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. de. Avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 173-182, 2008.

VIANA, A.L.; DAL POZ, M.R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis – Rev. Saúde Col*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. *Cerebrovascular disorders: a clinical and research classification*. WHO: Geneva, 1978. n. 43.

_____. *Obesity*. Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Geneva, jun 1997.

_____. *Guidelines for the management of hypertension*. J. Hypertens, 1999; v. 17, p. 151 – 183.

_____. *World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/en/>>. (livro todo). Acesso em: 23 mar. de 2009.

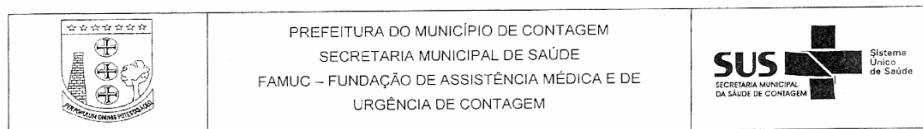
_____. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO, 2003.

_____. WHO. *Preventing Chronic Diseases a vital investments*. 1ª. ed. Geneva: WHO, 2005. v. 01. 182 p. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2010.

XIMENES NETO, F.R.; MELO, J. R. Controle da hipertensão arterial na atenção Primária em saúde: uma análise das práticas do Enfermeiro. *Enfermería Global*,

Espanha, n. 6, p. 1, maio 2005. Disponível em:
<<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/506/552>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

ANEXO A CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CONTAGEM




MEMO/SUGEST/DDH/585/2008

Contagem, 02 de dezembro de 2008

Assunto: Liberação para autorização para pesquisa.

Em resposta ao pedido de autorização da servidora **Ana Paula Medrado de Barcelos**, para realizar a pesquisa “**Avaliação das ações de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica desenvolvida pelas Equipes de Saúde da Família do Município de Contagem / MG**”, a ser realizado no Município de Contagem, informamos que foi **deferido**.

Atenciosamente,


Carla Patrícia D. França de Paiva Santos
Diretoria de Desenvolvimento Humano

A
Sra. Ana Paula Medrado de Barcellos
Enfermeira da Família
Vila Santa Luzia – Ressaca
Famuc / Contagem – Minas Gerais.

**ANEXO B
PARCER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 034/09

**Interessado(a): Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Depto. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 25 de março de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação das ações de controle da hipertensão arterial sistêmica desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do município de Contagem/MG**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO C
FICHAS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB

FICHA A (frente) – CADASTRO FAMILIAR

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				UF
ENDEREÇO		NÚMERO 	BAIRRO		CEP -	
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	ÁREA 	MICROÁREA 	FAMÍLIA 	DATA 	

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

ALC - Alcoolismo	EPI - Epilepsia	HAN - Hanseníase
CHA - Chagas	GES - Gestação	MAL - Malária
DEF - Deficiência	HA - Hipertensão Arterial	
DIA - Diabetes	TB - Tuberculose	

FICHA A (verso) – CADASTRO FAMILIAR

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede geral	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar	

OBSERVAÇÕES

FICHA D (verso) – FICHA DE REGISTRO DIÁRIO

DIAS ↑		Total				
P	Atendimento específico para AT					
R	Visita de Inspeção Sanitária					
O	Atend. individual prof. nível superior					
C	Curativos					
E	Inalações					
D	Injeções					
I	Retirada de pontos					
M	Terapia da Reidratação Oral					
E	Sutura					
N	Atend. Grupo - Educação em saúde					
T	Procedimentos Coletivos I (PC I)					
O	Reuniões					
S	Visita domiciliar					
A						
< 2 anos que tiveram diarreia						
N	C					
< 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO						
T	S					
< 2anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda						
I	F					
Pneumonia em < 5 anos						
I	M					
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos						
C	E					
Acidente Vascular Cerebral						
A	D					
Infarto Agudo do Miocárdio						
C	Ó					
DHEG (forma grave)						
Doença Hemolítica Perinatal						
E	E					
Fratura de colo de fêmur em >50 anos						
N	N					
Meningite tuberculosa em < 5 anos						
F	F					
Hanseníase com incapacidade II e III						
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)						
HOSPITALIZAÇÕES						
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL
ÓBITOS						
DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	

ANEXO D - FICHAS DO HIPERDIA

FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO(Frente)



MS – HIPERDIA
 PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
 À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

1.ª Via: Enviar para digitação
**CADASTRO DO HIPERTENSO
 E/OU DIABÉTICO**

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)		Número do Prontuário				
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)								
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)			Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai					
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		País de Origem				
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS			
DOCUMENTOS GERAIS								
Título de Eleitor	Número		Zona	Série				
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /			
CPF	Número		PIS/PASEP	Número				
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)								
Identidade	Número		Complemento	Orgão (TV)	UF	Data de Emissão / /		
	Tipo		Nome do Cartório			Livro		
	Folha		Termo			Data de Emissão / /		
ENDEREÇO (*)								
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento			
Bairro	CEP		DDD	Telefone				
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE								
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)		Peso (kg) (*)				
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)		<input type="checkbox"/> Em Jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial				
Fatores de risco e Doenças concomitantes	Não	Sim	Presença de Complicações		Não	Sim		
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			Infarto Agudo Miocárdio					
Diabetes Tipo 1			Outras coronariopatias					
Diabetes Tipo 2			AVC					
Tabagismo			Pé diabético					
Sedentarismo			Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade			Doença Renal					
Hipertensão Arterial								
TRATAMENTO								
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>								
Medicamentoso								
Comprimidos/dia								
Tipo	1/2	1	2	3	4	5	6	Unidades/dia
Hidroclorotiazida 25mg								
Propranolol 40mg								
Captopril 25mg								
Glibenclamida 5mg								
Metformina 850 mg								
Insulina						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)						

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO (Verso)

VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico
Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 – ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 – aparece geralmente após os 40 anos de idade, freqüentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo – quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex: faxina, lavagem manual de roupas, carga pesada, movimentação britadeira etc.

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	\geq 40,0	Muito grave

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio Incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carteira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

ANEXO E – Instrumento elaborado para coleta de dados



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

**AÇÕES DE SAÚDE A PORTADORES DE HIPERTENSÃO QUE FORAM A ÓBITO
POR DOENÇA CEREBROVASCULAR, ADSCRITOS A TERRITÓRIOS DE
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CONTAGEM, MINAS GERAIS**

**Instrumento para coleta de dados relativos à indivíduos que faleceram por
doença cerebrovascular**

(CID-10 – Capítulo IX: I61; I63.0 a I63.5; I63.8; I63.9; I64 a I66)

Dados de identificação do indivíduo presente na declaração de óbito:

1- Nome: _____

2- Sexo: €F €M

3- Endereço (Rua/Av., nº, complemento, Bairro, Cidade):

4- Pertencente à Unidade de Saúde da Família (USF):

Nome da USF:

Nº da USF:

Distrito Sanitário:

5- Data de nascimento(dia/mês/ano): _____

6- Data do óbito (dia/mês/ano): _____

7- Idade na data do óbito(em anos): _____

8- Causa do óbito conforme CID do óbito presente na DO:

Causa Básica: _____

Linha A: _____ Linha B: _____ Linha C: _____

Linha D: _____ Linha I: _____ Linha II: _____

9- Residente na área de abrangência da(s) Equipe(s) de Saúde da Família durante últimos 24 meses que antecederam o óbito:

Período (mês/ano a mês/ano)	Nome da USF	Nº da USF	Distrito Sanitário

Dados de acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família:

10- Era cadastrado na ficha A do SIAB?

SIM **Se SIM**, qual a data (dia/mês/ano) de cadastro na ficha A do SIAB:

NÃO

11- Havia registro de acompanhamento pelo ACS na ficha B do SIAB

SIM NÃO

Se SIM:

A. Qual a data do primeiro acompanhamento do ACS, conforme registro na ficha B do SIAB?

Data (dia/mês/ano): _____

B. Qual a última data registrada de acompanhamento pelo ACS na ficha B do SIAB?

Data (dia/mês/ano): _____

C. O acompanhamento do ACS nos últimos 24 meses que antecederam o óbito, conforme registro na ficha B do SIAB foi mensal?

SIM NÃO

D. Qual o número de visitas realizadas pelo ACS no período de 24 meses que antecederam o óbito? _____

12- Era cadastrado no HIPERDIA?

SIM **Se SIM**, qual a data (dia/mês/ano) de cadastro no HIPERDIA? _____

NÃO

13-O paciente tem prontuário na Unidade de Saúde da Família?

SIM NÃO

Se SIM:

A. O prontuário do paciente está na Unidade de Saúde da Família?

SIM NÃO

B. O prontuário do paciente está em arquivo morto da unidade?

SIM NÃO

C. O prontuário do paciente está em arquivo ativo da unidade?

SIM NÃO

D. Consta registro do óbito no prontuário?

SIM NÃO

Se NÃO:

A. Consta registro do óbito em outro instrumento da unidade?

SIM NÃO

Se SIM, qual instrumento? _____

Hipertensão

14- Há registro de diagnóstico de Hipertensão no prontuário?

() SIM () NÃO

Se SIM, qual a data de registro do diagnóstico de hipertensão?

15- Há registro da estratificação do risco do paciente em algum instrumento na unidade?

() SIM () NÃO

Se SIM:

A. Qual instrumento? _____

B. Data da estratificação do risco (dia/mês/ano): _____

C. Qual a estratificação do risco registrada?

() Sem risco adicional

() Risco baixo

() Risco médio

() Risco alto

() Risco muito alto

D. Há registro de reavaliação da estratificação do risco do paciente no período de dois anos que antecederam o óbito?

() SIM () NÃO

Se SIM, qual a data (dia/mês/ano) da nova estratificação?

16- Há registro de tratamento para hipertensão no prontuário?

() SIM () NÃO

Se SIM:

A. Desde quando estava em tratamento? _____

B. Qual o tipo de tratamento?

() Medicamentoso () Não medicamentoso () Ambos

D.Orientações registradas em prontuário nas consultas médicas para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito:

ORIENTAÇÕES MÉDICAS	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Redução da ingestão de sal								
Redução do consumo de álcool								
Realização de atividade física								
Uso regular de medicamentos								
Redução/manutenção do peso								
Nenhum registro das orientações acima								

18-Última consulta médica para controle da Hipertensão:

1. no último mês antes do óbito
2. de 1 mês a 6 meses antes do óbito
3. mais de 6 meses a 1 ano antes do óbito
4. mais de 1 ano a 2 anos antes do óbito
5. mais de 2 anos a 5 anos antes do óbito
6. mais de 5 anos antes do óbito

D.Orientações registradas nas consultas de enfermagem para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito:

ORIENTAÇÕES	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
Redução da ingestão de sal								
Redução do consumo de álcool								
Realização de atividade física								
Uso regular de medicamentos								
Redução do peso								
Nenhuma das orientações acima								

20-Última consulta de enfermagem para controle da Hipertensão:

1. no último mês antes do óbito
2. de 1 mês a 6 meses antes do óbito
3. mais de 6 meses a 1 ano antes do óbito
4. mais de 1 ano a 2 anos antes do óbito
5. mais de 2 a 5 anos antes do óbito
6. mais de 5 anos antes do óbito

Educação em Saúde para controle da Hipertensão conforme registro em prontuário ou arquivos de hipertensão

21-Há registro de atividades de educação em saúde para controle da hipertensão realizadas pelo paciente no período de 24 meses que antecederam o óbito?

SIM NÃO

Se SIM:

A.Número de atividades educativas realizadas para controle da hipertensão no período de 24 meses que antecederam o óbito: _____

B.Qual profissional da equipe de saúde da família realizou a atividade educativa para controle da hipertensão?

Médico Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem ACS

Dados clínicos conforme registros em prontuário

22-Há registro sobre complicações anteriores ao óbito (angina, IAM, AVE)?:

() SIM () NÃO

Se SIM:

A.Quais as complicações registradas:

() Angina () AVE () IAM

B.Qual a data de cada um destes episódios?

	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
COMPLICAÇÃO						
Angina						
AVE						
IAM						

C.Qual o número de episódios registrados no período de 24 meses que antecederam o óbito?

Angina: _____ AVE : _____ IAM: _____

23-Há registro de internação/hospitalização nos últimos 24 meses que antecederam o óbito?

() SIM () NÃO

Se SIM:

A.Quantas vezes? _____ hospitalizações

B.Qual foi o motivo da última internação/hospitalização? _____

Exames laboratoriais e complementares realizados conforme registro no prontuário

30-Há registro da realização de exames laboratoriais (Colesterol total e frações; glicemia de jejum) no período de 24 meses que antecederam o óbito no prontuário da equipe de saúde da família?

() SIM () NÃO

Se SIM:

A.Número de exames laboratoriais realizados no período de 24 meses que antecederam o óbito:

Colesterol Total: _____ HDL-C: _____ LDL-C: _____

B.Valores de Colesterol Total registrados no período de 24 meses que antecederam o óbito:

DATA	Colest. total	DATA	Colest. total	DATA	Colest. total
1-		6-		11-	
2-		7-		12-	
3-		8-		13-	
4-		9-		14-	
5-		10-		15	

C.Valores de HDL-C registrados no período de 24 meses que antecederam o óbito:

DATA	HDL-C	DATA	HDL-C	DATA	HDL-C
1-		6-		11-	
2-		7-		12-	
3-		8-		13-	
4-		9-		14-	
5-		10-		15	

D. Valores de LDL-C registrados no período de 24 meses que antecederam o óbito:

DATA	LDL-C	DATA	LDL-C	DATA	LDL-C
1-		6-		11-	
2-		7-		12-	
3-		8-		13-	
4-		9-		14-	
5-		10-		15	

E. Valores de Glicemia de jejum registrados no período de 24 meses que antecederam o óbito:

DATA	Glicemia	DATA	Glicemia	DATA	Glicemia
1-		6-		11-	
2-		7-		12-	
3-		8-		13-	
4-		9-		14-	
5-		10-		15	

31- Há registro no prontuário de realização de ECG no período de 24 meses que antecederam o óbito?

() SIM () NÃO

Se SIM:

A. Número de ECG realizados no período de 24 meses que antecederam o óbito:

() 01 () 02 () 03 () Mais de 3

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)