

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BRENO COTTA COELHO

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO
AO PACIENTE HIPERTENSO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
TEJUCO EM BRUMADINHO- MG**

CONFINS - MINAS GERAIS

2014

BRENO COTTA COELHO

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO
AO PACIENTE HIPERTENSO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
TEJUCO EM BRUMADINHO- MG**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Mara Vasconcelos

BRENO COTTA COELHO

**REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO CUIDADO
AO PACIENTE HIPERTENSO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
TEJUCO EM BRUMADINHO- MG**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Mara Vasconcelos

Banca examinadora

Prof^a Dr^a Mara Vasconcelos – UFMG.....Orientadora

Prof^a Maria Auxiliadora Guerra Pedroso.....Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 15/02/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, pelo carinho e apoio em tudo o que faço, independente do que seja.

Agradeço à minha namorada, Bárbara, pelo amor, aprendizado e ajuda em todas as batalhas que enfrentamos juntos.

Agradeço à Professora Doutora Mara Vasconcelos, pela disponibilidade, energia e sabedoria que permitiram a realização desse trabalho.

Agradeço ao Professor Doutor Horácio Faria, pela amizade, conhecimento e tranquilidade que transmitiu durante esse ano de trabalho.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um importante problema de saúde pública, devido a sua grande prevalência na população brasileira e por ser fator de risco para doenças como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), algumas das principais causas de mortalidade no Brasil. Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção sobre o processo de trabalho da ESF Tejuco, em Brumadinho-MG, para modificar a abordagem dos pacientes hipertensos. Para isso foi feito um diagnóstico situacional do território, detectando problemas sobre os quais eram possíveis intervenções na abordagem aos hipertensos, uma revisão bibliográfica e a elaboração de um plano de ação, que envolve cadastramento, classificação dos pacientes quanto à gravidade da doença, organização da agenda e criação de um grupo operativo para os hipertensos.

Palavras-chaves: Hipertensão, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família

ABSTRACT

The Systemic Hypertension is an important public health problem, due to its high prevalence in Brazil and is a risk factor for diseases such as Stroke and Acute Myocardial Infarction, some of the main causes of mortality in Brazil. This study aims to develop a proposal for intervention on the working process of the ESF Tejuco in Brumadinho-MG, to modify the approach of hypertensive patients. This was done by a situational diagnosis of the area, detecting problems on which interventions were possible in the management of hypertensive patients, a literature review and preparation of an action plan that involves registration, classification of patients according to disease severity, organizing the agenda and creating an operating group for hypertensive patients.

Keywords: Hypertension, Primary Health Care, Family Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PA- Pressão Arterial

PSF - Programa de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO.....	10
1.2 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE.....	12
1.3 O TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA DA COMUNIDADE TEJUCO.....	15
2 OBJETIVO	18
3 JUSTIFICATIVA	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO DA LITERATURA	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Brumadinho é um município com uma população de 35085 habitantes, e área de 640 km², localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Tem como municípios limítrofes Ibirité, Sarzedo, Mário Campos, São Joaquim de Bicas, Igarapé, Itatiaiuçu, Rio Manso, Bonfim, Belo Vale, Moeda, Itabirito, Nova Lima e Belo Horizonte. Tem atualmente como Prefeito Antônio Brandão; Secretário de Saúde José Paulo Ataíde; Coordenadora da Atenção Básica Patrícia Oliveira; Coordenadora da Saúde Bucal Carolina Senna Jardim.

Em decorrência da Lei Federal nº 311, de 2 de março de 1938 – que reorganizou o quadro territorial da República, o Governo de Minas Gerais baixou o Decreto-Lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938, criando o Município de Brumadinho.

A história de Brumadinho está dividida em duas fases distintas. A primeira, ainda no final do século XVII e início do século XVIII, com a ocupação do Vale do Paraopeba pelas bandeiras e entradas posteriores. Nessa fase, surgiram os povoados de São José do Paraopeba, Piedade do Paraopeba, Aranha e Brumado do Paraopeba. A segunda fase refere-se ao período de nascimento da cidade de Brumadinho propriamente dita, à época da construção do ramal do Paraopeba da Estrada de Ferro Central do Brasil, já no início do século XX.

Brumadinho é importante para a região metropolitana de Belo Horizonte por causa de seus grandes mananciais de água, possibilitados pela extensão relativamente grande do município e pelo relevo montanhoso. Um quarto da água que abastece a região metropolitana vem dos mananciais de Brumadinho e dos municípios vizinhos, através dos sistemas Rio Manso e Catarina, operados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). O rio Paraopeba é o principal rio da região, e o acesso à região central do município se dá através de uma ponte sobre esse rio.

As vias de acesso à cidade são pelas rodovias BR-381 (São Paulo-Belo Horizonte) e BR-040 (Rio de Janeiro-Belo Horizonte), e também pela rodovia MG-040, a chamada Via do Minério, uma estrada mais direta que sai da região

do Barreiro, na parte sudoeste da capital, e atravessa os municípios de Ibitaré e Mário Campos antes de chegar a Brumadinho.

1.1 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

Aspectos socioeconômicos

A principal atividade socioeconômica de Brumadinho é a mineração, com as minas da MBR, Mannesmann e Vale/Ferteco. Ainda no município, há uma grande lavra de água mineral, explorada pela empresa Hidrobrás e comercializada sob a marca "Ingá". Abriga também Centro de Arte Contemporânea Inhotim, com uma das mais expressivas coleções de arte contemporânea do Brasil, que atrai turistas brasileiros e estrangeiros. Outras atividades são a agropecuária, a produção de cachaça artesanal.

No município de Brumadinho, especialmente na parte leste, existem muitos condomínios horizontais, onde vive uma população de alta renda atraída pela beleza natural da região, caracterizada por montanhas, mananciais, vegetação bem preservada e clima mais frio. Esta população, em grande parte, trabalha em Belo Horizonte. Há no município várias opções gastronômicas, desde a tradicional comida mineira feita no fogão à lenha até restaurantes de alto padrão, campestres ou localizados nos condomínios.

O município foi habilitado na condição de gestão plena, sendo o secretário municipal de Saúde o gestor dos recursos financeiros repassados pelas 3 esferas de Governo ao fundo Municipal de saúde, levando em consideração o PAB variável e o PAB fixo, através da portaria nº5, de 06-01-99.

Alguns indicadores socioeconômicos do município:

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,773
- Taxa de Urbanização: 84,31%
- Renda Média Familiar: R\$ 8046,70
- Taxa de analfabetismo: 5,8%

Aspectos demográficos e geográficos

- Área total do município: 640 km²
- Concentração habitacional: 54,82 habitantes/km²
- Nº aproximado de domicílios e famílias: 10378 famílias
- Taxa de Crescimento Anual: 1,55% (entre 2011 e 2012)
- Densidade demográfica: 54,82 habitantes/km²

Percentual de Abastecimento de Água Tratada:

- Rede geral: 76,38%
- Poço ou nascente: 22%
- Outra forma: 1,62%

Percentual de recolhimento de esgoto por rede pública:

- Rede de esgoto ou pluvial: 55,93%
- Fossa séptica: 1,04%
- Fossa rudimentar: 32,44%
- Vala: 1,14%
- Rio, lago: 7,82%
- Outro escoadouro: 0,20%
- Não sabe: 1,43%

Quadro 1 - Distribuição da população residente por faixa etária em Brumadinho- MG (2012)

Idade (anos)	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	≥80	Total
População	434	1797	2486	3020	2968	5888	5571	5183	3691	2284	1227	536	35085

Fonte: DATASUS

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza:

- Incidência da Pobreza, 15,12, %
- Limite inferior da Incidência de Pobreza, 9,86, %
- Limite superior da Incidência de Pobreza, 20,38, %

1.2 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

A rede assistencial de saúde em Brumadinho está estruturada a partir da Estratégia Saúde da Família, com cobertura de 100% da população (BRUMADINHO, 2012). O município conta com 13 equipes da Estratégia de Saúde da Família que funcionam em dias úteis, de 7 às 16h. Possui 10 Equipes de Saúde Bucal. As equipes de saúde atendem em 33 Unidades Básicas de Saúde, garantindo cobertura de 100% da população de Brumadinho. Algumas das Unidades Básicas de Saúde contam com pontos de apoio em comunidades rurais adjacentes, nas quais se realiza atendimento de pacientes habitantes de localidades mais distantes e que apresentam maior dificuldade de acesso.

As doenças que mais contribuem para o indicador de internação hospitalar na população brumadinhense, desconsiderando-se as internações por parto e puerpério (15% do total), são as doenças respiratórias com 17%. As internações por doenças do aparelho circulatório constituíram 13% do total de internações, enquanto as doenças do aparelho geniturinário responderam por 5% e as causas externas por 7% (BRUMADINHO, 2012).

As causas de óbito em Brumadinho correspondem às mesmas que acometem populações com as mesmas características demográficas e condições sociais inclusive nos níveis regional e estadual. Cerca de 28%, foram por doenças do aparelho circulatório. A segunda causa de óbito corresponde às neoplasias com 16% dos óbitos. Com relação às doenças respiratórias, os óbitos ocorridos correspondem a 13% do total. Já os óbitos ocorridos por causas externas corresponderam a 10% do total (BRUMADINHO, 2012).

Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)

Em Brumadinho, o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) é formado por profissionais de educação física, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, dentre outros. O NASF presta assistência às equipes de Saúde da Família. Os atendimentos são realizados nas Unidades de Saúde da Família (USF)

de acordo com um cronograma acordado entre a equipe do NASF e as equipes do Programa de saúde da família (PSF).

Saúde Bucal

Brumadinho conta com 10 equipes na saúde bucal, com 14 cirurgiões dentistas, 18 auxiliares de saúde bucal, e 8 técnicos de saúde bucal. Seu trabalho contempla ações de caráter curativo e também ações preventivas e de promoção da saúde. Assim as equipes de saúde bucal realizam atendimento clínico e ações educativas nos consultórios das unidades e também em escolas e centros comunitários, visitas domiciliares e orientação sobre hábitos saudáveis para as famílias.

Sistema de Referência e Contra referência

Policlínica:

A Policlínica oferece tratamentos especializados, realização de exames (ultrassonografia, eletrocardiograma, exames laboratoriais, exames oftalmológicos básicos e exames odontológicos), distribuição de medicamentos especiais, assistência social e vacinação (vacinas do calendário básico do Ministério da Saúde e o teste do pezinho). Para que o paciente seja atendido nessa unidade, é necessário que ele seja encaminhado pela Unidade de Saúde da Família, pelo Hospital Municipal ou pela Saúde Mental. As **especialidades presentes na policlínica são:** Angiologia, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Infectologia, Neurologia, Nutrição, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Odontologia, Pediatria, Pneumologia, Terapias Alternativas, Urologia.

Serviços complementares ao SUS Brumadinho

Além dos serviços especializados da Policlínica, o município conta com serviços complementares prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do

Médio Paraopeba (CISMEP) e pela rede do SUS de Betim e Belo Horizonte. Quando o usuário necessitar de uma consulta ou exame especializado que não seja realizado no município ele será encaminhado e o procedimento agendado pela Secretaria de Saúde de Brumadinho. Nesses casos o usuário receberá todas as orientações através de sua Equipe de Saúde da Família.

Saúde Mental

A Saúde Mental de Brumadinho contempla três serviços:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Adulto)
- Ambulatório Especializado em Álcool e Outras Drogas (AD)
- Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPS i).

Redes de Média e Alta Complexidade

O Hospital Municipal João Fernandes do Carmo presta serviços médico-hospitalares atendendo as demandas de Urgências, Emergências, Maternidade, Cirurgias eletivas e Internações clínicas.

A UPA 24 horas foi inaugurada em 04/07/2012 é do tipo I, tem oito leitos e capacidade para atendimento diário de até 150 pessoas e uma equipe médica de plantão composta, no mínimo, por um clínico e um pediatra.

Conselho Municipal de Saúde

Em Brumadinho o Conselho Municipal de Saúde é constituído por participação de usuários, trabalhadores da saúde e representantes do governo. A participação é voluntária e não remunerada. Os participantes usuários representam 50% dos componentes e são escolhidos por membros de sua classe. Todos os conselheiros possuem direito à voz e voto. O Conselho de Saúde possui 20 membros titulares e respectivos suplentes, sendo: 10 representantes de usuários, 5 trabalhadores da saúde e 5 prestadores de serviços e governo municipal. As

reuniões acontecem mensalmente na Policlínica Municipal e são abertas à população.

O recurso financeiro do Fundo Municipal de Saúde do município é distribuído para a Atenção Básica, Média e Alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão em Saúde e corresponderam a investimentos no valor de R\$7.158.602,82 no período de 01/01/2012 a 31/12/2012.

1.3 O TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA DA COMUNIDADE TEJUCO

O Tejuco é um distrito de Brumadinho, Minas Gerais, localizado na encosta sul da Serra do Três Irmãos, junto ao córrego Tejuco. A principal atividade econômica é a mineração, que explora a Serra dos Três Irmãos. Outra atividade é a agropecuária, que é de subsistência ou voltada para o comércio local.

Possui uma população de 1893 habitantes, que é adscrita à ESF Tejuco. Próximo ao Tejuco há outros povoados, que também pertencem à área de abrangência da equipe, como o povoado de Monte Cristo, o povoado de Córrego Fundo, e o assentamento rural Comunidade Pastorinhas. São localidades de mais difícil acesso, em que foram instalados de forma improvisada consultórios para atendimento médico denominados de pontos de apoio.

O perfil de morbimortalidade da população local é semelhante ao da população brasileira de uma forma geral, com destaque para as doenças do aparelho circulatório como principais causas de mortalidade.

Observa-se a carência da população em vários aspectos. Do ponto de vista socioeconômico, as casas são simples, muitas em péssimo estado de conservação e higiene, e a grande maioria da população não possui automóveis, eletrodomésticos, ou outros bens de consumo. No âmbito educacional, observam-se os problemas típicos da falta de acesso a uma educação básica, como pouco conhecimento sobre importância da higiene e preparo adequado da água e alimentos para consumo, pouco conhecimento sobre as doenças e suas formas de prevenção. Há também uma considerável taxa de analfabetismo, trazendo suas consequências sobre a saúde, que incluem a dificuldade para informar sobre as próprias doenças, compreender e realizar adequadamente o tratamento. Na esfera

do lazer, as opções são bastante restritas, e as pessoas carecem de ambientes públicos agradáveis para convívio social.

Na comunidade não há outros recursos da área de saúde, como hospitais, clínicas, laboratórios, somente a Unidade Básica de Saúde. Há uma igreja matriz, localizada na praça principal do povoado, e duas outras igrejas evangélicas. Há uma escola estadual, e próximo a ela um campo de futebol, onde há aulas de futebol. Há duas praças com equipamentos de alongamento e musculação. Há luz elétrica, água tratada e telefonia fixa. A cobertura para telefonia móvel é bastante limitada, e praticamente não há sinal de nenhuma operadora. Não há uma unidade dos Correios e nenhum banco. O comércio local se resume a cerca de 5 bares, 1 restaurante e 1 padaria.

A Unidade Básica de Saúde se localiza num local de fácil acesso, em uma região próxima à praça principal. O horário de funcionamento é de 7 às 16 horas, de segunda à sexta. A agenda médica é a seguinte:

Quadro 2 – Agenda médica

Turno/Dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Estudo	D. espontânea	Monte Cristo	Pastorinhas/ Córrego Fundo	D. espontânea
Tarde	Estudo	D. agendada	D. agendada	Puericultura/ Pré-natal	D. agendada

Na segunda-feira não há atendimento médico, pois essas 8 horas são reservadas a atividades de estudo, como determinado pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Na quarta-feira pela manhã o atendimento é realizado em um ponto de apoio na zona rural, a comunidade denominada Monte Cristo. Na quinta-feira pela manhã, o atendimento é realizado alternando-se uma semana no ponto de apoio Comunidade Pastorinhas e outra semana no ponto de apoio Córrego Fundo.

Na quinta-feira à tarde, o atendimento é realizado alternando-se em uma semana Puericultura e na outra Pré-natal.

O maior volume de atendimentos é composto por demanda espontânea, todos os dias e horários, e há um hábito de não agendar consultas, só buscar atendimento médico quando surgem queixas agudas. É presente também a cultura de que para renovação de prescrições e solicitação de interconsultas não é necessária uma consulta, então são frequentes os pedidos de renovação e encaminhamentos, trazidos pela equipe, com os pacientes presentes ou não.

A equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicas em enfermagem, 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar em saúde bucal, 4 ACS, 1 recepcionista, 1 faxineira, 1 motorista. A Unidade é dotada de uma boa área física, com uma sala para atendimento médico; uma sala para acolhimento, curativos e pequenos procedimentos; 1 sala para atendimento pela enfermeira, com maca para observação e alguns medicamentos para urgências; 1 sala para atendimento odontológico; 1 sala de espera, com bancos e recepção; 3 banheiros; 1 cozinha; 1 sala ampla para palestras e confraternizações.

Na ESF Tejuco, há 187 hipertensos cadastrados, o que corresponde a cerca de 10% da população local.

Figura 1 – Unidade Básica de Saúde



Fonte: Arquivo pessoal do autor

2 OBJETIVO

Organizar o processo de trabalho no cuidado ao paciente hipertenso da ESF/Tejuco em Brumadinho/MG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- organizar o cadastramento da população hipertensa do ESF/Tejuco tornando o acompanhamento mais sistemático e eficiente
- aumentar o nível de conhecimento e autonomia dos usuários hipertensos
- aumentar o nível de conhecimento e autonomia dos usuários hipertensos, de forma a prevenir complicações como IAM e AVE e conseqüentemente diminuir hospitalizações e óbitos.

3 JUSTIFICATIVA

A prevalência de HAS na população adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Dessa forma, seriam esperados cerca de 231 hipertensos na população do Tejuco, mas apenas 187 são cadastrados, sugerindo que pode haver um número considerável de doentes não diagnosticados e não acompanhados pela equipe.

Por ser uma doença na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é freqüentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são alguns dos fatores que determinam um controle muito baixo da HAS, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006a).

Além disso, acompanhamento do paciente com HAS atualmente não é realizada de forma sistemática e organizada, não havendo um horário na agenda destinado ao atendimento desse grupo. Assim o controle é realizado em meio aos demais pacientes que compõem a demanda espontânea. Existe um cartão especial para acompanhamento do paciente hipertenso, mas que não é usado atualmente.

Também não há um grupo operativo para a abordagem multiprofissional e educativa dos hipertensos, apesar da disponibilidade de espaço e demanda da população. Em conjunto esses problemas prejudicam o diagnóstico, a adesão e o resultado do tratamento.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um diagnóstico situacional da comunidade Tejuco, a partir de dados demográficos e epidemiológicos, além das percepções individuais obtidas através no cotidiano do ambiente de trabalho. A partir desse diagnóstico inicial foi escolhida a abordagem da HAS como o problema alvo de uma intervenção, devido a seu impacto sobre a saúde da população e à possibilidade de melhorias no seu enfrentamento.

Posteriormente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema, com pesquisa nos últimos 10 anos na Biblioteca Virtual do Nescon e na Biblioteca Virtual em Saúde. A partir da revisão bibliográfica, foi desenvolvida uma proposta de intervenção. A intervenção inclui a implantação de um sistema de atendimento ao hipertenso baseada em experiências bem sucedidas na Atenção Primária (SILVA, *et al.*, 2006).

5 REVISÃO DA LITERATURA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É classificada quanto ao nível de elevação das cifras pressóricas (Quadro 3). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares. É considerada responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É a mais freqüente das doenças cardiovasculares. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, correspondendo a 35% da população de idade igual ou maior a 40 anos. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como AVE e IAM, além da Doença Renal Crônica terminal (BRASIL, 2006a). A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A evolução clínica da HAS é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como conseqüências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

A abordagem da doença envolve avaliação do nível de elevação da PA e de presença de lesões em órgãos alvo. A terapêutica é composta por medidas não-farmacológicas e farmacológicas. De uma forma geral, deve ser reduzida para valores inferiores a 140/90 mmHg. Reduções para níveis menores que 130/85 mmHg propiciam maior benefício em pacientes de alto risco cardiovascular, com diabetes em especial com microalbuminúria, com insuficiência cardíaca, com nefropatia e na prevenção primária e secundária de AVE (MINAS GERAIS, 2006).

Quanto aos valores utilizados para diagnóstico e alvo-terapêutico, o seguimento às recomendações não é uniforme por parte dos médicos, com uma nítida preferência por valores inferiores aos preconizados, particularmente para pacientes com comorbidades (MION JUNIOR; SATO; GUSMAO, 2007).

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença (SILVA, *et al.*, 2006).

Ensaio clínicos demonstraram que os exercícios físicos, promovem reduções da PA, por isto são indicados para a prevenção e o tratamento da HAS mantendo uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, devendo todo adulto realizar, cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política prioritária de atenção básica compreende condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais para a abordagem da hipertensão. As equipes de saúde da família devem atuar, de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco, na adoção de medidas preventivas primárias e no atendimento aos portadores hipertensão arterial (BRASIL, 2006b).

Uma das formas identificadas na literatura para desenvolvimento de atividades de promoção à saúde de indivíduos hipertensos está na própria consulta médica e de enfermagem. A consulta, independente da categoria profissional, é o momento propício de fazer educação em saúde, com vistas a capacitar o cliente ao autocuidado (DAMASCENO, 2010). Além disso, a ESF também é um indispensável recurso para as atividades de promoção da saúde, por meio de palestras e campanhas para a conscientização da população da importância do controle desta patologia (GUS *et al.*, 2004).

Uma vez que os pacientes hipertensos têm a atenção básica como principal acesso ao sistema público de saúde, a Estratégia Saúde da Família é um importante mecanismo para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento destes pacientes. O vínculo existente entre as equipes e as famílias é um importante caminho para gerar

a motivação destes pacientes, de forma a melhorar a adesão ao tratamento orientado (BRASIL, 2006c).

Taxas significativamente maiores de tratamento e controle da HAS foram encontradas em estudos brasileiros comparados a estudos de outros países. Em especial esses resultados foram encontrados em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Foram considerados objetivos específicos do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: identificar, cadastrar e vincular às equipes de atenção básica, os portadores de HAS e Diabetes Mellitus (DM) em 100% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão da NOB 01/96 e NOAS 01/2001. E implantar, na atenção básica, o protocolo de assistência ao portador de HAS e DM (BRASIL, 2001).

A não-adesão ao tratamento é um importante problema de saúde pública que tem um impacto significativo sobre os custos através de mudanças e de intensificações frequentes de tratamentos, investigações adicionais, visitas de emergência e internação evitáveis. Agrega-se a isso, as consequências sobre a saúde do indivíduo, principalmente dos portadores de doenças crônicas como a hipertensão arterial, o diabetes, as dislipidemias e outras (VIDAL, 2009).

A adesão por parte dos médicos às recomendações das diretrizes clínicas é outra ferramenta importante na qualidade do cuidado prestado, uma vez que se trata de documento formulado por especialistas a partir de evidências científicas, e que auxilia o médico na decisão tanto diagnóstica quanto terapêutica (MION JUNIOR; SATO; GUSMAO, 2007).

Problemas comuns encontrados na abordagem dos pacientes hipertensos são a falta de programação eficiente das atividades; a não utilização de protocolos; e a falta de equidade na distribuição de consultas. Operações propostas para o enfrentamento dessas dificuldades incluem elaborar agenda programada, de acordo com o plano diretor da atenção primária à saúde; utilizar protocolos como referência; e implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com hipertensão (SANTOS, 2011).

Quadro 3 - Classificação da HAS

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão 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

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção teve como motivação a confirmação da HAS como um dos principais problemas de saúde da população da comunidade Tejuco, e a identificação de deficiências no enfrentamento dessa enfermidade pela ESF Tejuco. Os principais problemas encontrados, as propostas de intervenção, os atores envolvidos e resultados esperados estão sintetizados nos Quadros 4 e 5.

Os problemas mais críticos detectados na abordagem à HAS foram:

- Cadastramento incompleto e não unificado dos pacientes hipertensos e ausência de planejamento sobre o agendamento das consultas tendo como base esse número de pacientes;
- Ausência de agenda destinada especificamente aos hipertensos, assim como de uma determinação da periodicidade do atendimento baseada na gravidade da doença e ausência do uso do Cartão do Paciente Hipertenso para registro;
- Ausência de informações por parte dos pacientes sobre a doença e o tratamento, o que prejudica a atribuição de importância a essa doença pelos pacientes, a adesão ao tratamento e conseqüentemente o controle da HAS e a prevenção das complicações;
- Ausência de um grupo operativo destinado à abordagem da HAS, o que dificulta uma abordagem multiprofissional e educativa, necessária a uma doença multifatorial;

Diante desses problemas foram formuladas ações destinadas à resolução dos mesmos. As principais propostas para a implantação de um sistema de atendimento ao hipertenso são:

- Cadastramento de todos pacientes hipertensos realizado pelas ACSs. Esse cadastramento foi realizado em junho/2013, por cada uma das ACSs, identificando os doentes em cada microárea, com nome completo, data de nascimento, e presença ou não comorbidades. Posteriormente esse cadastramento foi unificado e os pacientes foram analisados individualmente, sendo realizada busca ativa para os que

estavam há mais tempo sem atendimento por parte da ESF. Para esses pacientes foi priorizado o agendamento de consulta médica.

- Criação na agenda um horário reservado ao atendimento médico dos pacientes hipertensos, na quarta-feira, turno da tarde. Esse não foi o único horário disponibilizado para atendimento dos hipertensos (uma vez que nem todos os hipertensos possuem esse dia e horário disponíveis para comparecer à UBS), mas sim um horário reservado ao atendimento desses pacientes.
- A cada consulta, o paciente terá sua pressão arterial aferida no mínimo em duas oportunidades (uma pela técnica em enfermagem e uma pelo médico), sentado ou deitado e em pé (ortostatismo), registrada no Cartão do Paciente Hipertenso, junto com os medicamentos em uso. O paciente deve ser examinado em busca de complicações da doença e lesões de órgãos alvo (coração, cérebro, rins), e de efeitos colaterais dos medicamentos em uso contínuo. O tratamento não-medicamentoso também deve ser analisado, investigando-se a adesão a dieta, atividades físicas e abstenção de tabaco e álcool.
- Classificação da gravidade da doença de acordo com as cifras pressóricas. Para os pacientes com pressão arterial ótima, normal ou limítrofe será agendada consulta de retorno em 3 meses; os com hipertensão estágio 1, em 2 meses; os com hipertensão estágio 2, em 1 mês. Os pacientes em estágio 3 ficarão em observação na UBS ou serão encaminhados aos serviços de urgência.
- Criação de um grupo operativo com reuniões mensais na UBS, nas quais os pacientes e seus familiares irão receber informações sobre a doença e os cuidados necessários, além de incentivo à adesão ao tratamento e ações de promoção da saúde e de prevenção de complicações. As informações serão divulgadas através de palestras, dinâmicas educativas, distribuição de folhetos informativos, realizados pelos profissionais da equipe. Esse ambiente proporciona uma abordagem multiprofissional, com ações dos médicos, enfermeiros, odontólogos, educadores físicos, nutricionistas, ACSs, farmacêuticos, psicólogos e outros, se disponíveis. Assim, propicia uma troca de

conhecimentos e envolvimento de toda a equipe, paciente e familiares na abordagem da doença, permitindo uma maior autonomia do paciente e responsabilização do mesmo sobre seu próprio estado de saúde.

Quadro 4 - Problemas e propostas de intervenção sobre a abordagem da HAS

Problema	Nós críticos	Propostas de Intervenção	Atores	Resultados esperados
Abordagem não sistematizada e ineficaz dos pacientes hipertensos	Ausência de informações sobre os pacientes hipertensos	Cadastramento dos hipertensos em cada microárea	ACSs	Melhor conhecimento dos pacientes e planejamento da abordagem
	Ausência de horário na agenda para atendimento aos hipertensos	Criação de um sistema de atendimento aos hipertensos	Médico, Enfermeira	Atendimento focado na HAS, com priorização dos casos mais graves
	Falta de conhecimento pelos pacientes sobre a doença e abordagem fragmentada por poucos profissionais	Criação de um grupo operativo para abordagem multiprofissional dos hipertensos	Médico, Enfermeira, Odontologista, ACSs, Nutricionista, Farmacêutica, Educadora Física e Psicóloga	Abordagem global do paciente hipertenso, com difusão de conhecimentos sobre a doença e ações de promoção da saúde e prevenção de complicações

Quadro 5 - Detalhamento das ações de intervenção

Propostas de intervenção	Ações
Cadastramento dos doentes em cada microárea	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação pelas ACSs de todos os doentes em cada microárea, com nome completo, data de nascimento, e presença ou não de comorbidades • Unificação do cadastro e análise individual do controle e gravidade da doença em cada paciente. • Busca ativa dos pacientes há mais tempo sem atendimento por parte da ESF. • Agendamento de consultas para os pacientes no horário criado na agenda.
Criação de um sistema de atendimento aos pacientes hipertensos	<ul style="list-style-type: none"> • Criação na agenda um horário reservado ao atendimento médico dos pacientes hipertensos, na quarta-feira, turno da tarde. • Registro no Cartão do Paciente Hipertenso das aferições da PA e medicamentos em uso. • Exame clínico direcionado em busca de complicações da doença, lesões de órgãos alvo, efeitos colaterais dos medicamentos em uso. • Abordagem do tratamento não-medicamentoso • Classificação da gravidade da doença de acordo com PA e de retorno de acordo com classificação.
Criação de um grupo operativo para abordagem multiprofissional dos hipertensos	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do grupo operativo com reuniões mensais na UBS. • Divulgação do grupo e convite aos pacientes e familiares para dele participarem, com cartaz na UBS, e convites individuais realizados pelos membros da equipe. • Agendamento de palestras, dinâmicas educativas, distribuição de folhetos informativos, realizados pelos profissionais da equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se a grande prevalência da HAS, seu caráter assintomático e o risco que representa à saúde da população, torna-se necessária uma abordagem prioritária e sistemática dessa condição.

Trata-se de uma doença complexa, multifatorial, que demanda um esforço conjunto e organizado de toda a equipe de profissionais da saúde. A modificação do processo de trabalho na equipe de saúde, com cadastramento dos doentes, agendamento de consultas direcionadas à abordagem da hipertensão e os grupos operacionais, possibilitarão um atendimento mais eficiente e maior conscientização dos pacientes sobre a própria doença. Além disso, permite monitorização dos resultados obtidos com as intervenções, reflexão e planejamento de novas ações visando a contínua melhoria no atendimento aos pacientes.

Finalmente, espera-se assim uma maior adesão ao tratamento e melhor controle da HAS, resultando em menor impacto dela sobre a morbimortalidade da população.

REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, n. 95, supl.1, 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 26p., 2001
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 58 p.
4. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, DF, 2006b. 56p.
5. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF, 2006c. 60p.
6. BRUMADINHO. MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão – Período de Janeiro a Dezembro de 2012**. 2012. 18p.
7. DAMASCENO, F. F. **Hipertensão arterial sistêmica: ações coletivas no Programa Saúde da Família**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2010.
8. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198p.
9. MION JUNIOR, D.; SATO, E. H.; GUSMAO, J. L. **Os médicos brasileiros seguem as diretrizes brasileiras de hipertensão?**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 88, n. 2, 2007.
10. SANTOS, M.T. L. **Acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica: plano de ação**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2011.
11. SILVA, T.R. *et al.* **Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde**. Saúde e Sociedade, v.15, n.3, 2006.

12. 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 E CONTEXTO ENFERMAGEM. Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007.
13. VIDAL, A. R. C. **Avaliação de causas da não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial da unidade de saúde da família Álvaro Bezerra em Formiga - Minas Gerais.** Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Formiga, 2009.