

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAFAELA CRISTINA BRITO GONÇALVES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AVALIAÇÃO, CONTROLE E
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PÔR DO SOL.**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

RAFAELA CRISTINA BRITO GONÇALVES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AVALIAÇÃO, CONTROLE E
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PÔR DO SOL.**

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

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

RAFAELA CRISTINA BRITO GONÇALVES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AVALIAÇÃO, CONTROLE E
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PÔR DO SOL.**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em: 11/11/2015

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente pela dádiva de formar-me médica. E pelas oportunidades, como esse importante trabalho na Atenção Básica.

Aos meus familiares pelo apoio incondicional e ao meu marido pela paciência e compreensão nos momentos ausentes.

À minha orientadora, a Professora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pela orientação dada nesse projeto.

À Equipe de Saúde da Família Pôr do Sol, pela convivência e parceria ao longo de um ano. Pelo apoio neste trabalho realizado e auxílio diário.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um importante problema de saúde pública com aumento progressivo de sua prevalência. Por ser fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais é responsável por alta morbimortalidade, mas ainda com grandes dificuldades em relação ao seu controle. Ao iniciar as atividades na equipe de saúde da família Pôr do Sol, em Lagoa Santa – Minas Gerais pôde-se perceber que a situação não era diferente: elevado número de hipertensos, descontrole da pressão arterial, renovação indiscriminada de receitas, desinformação e falta de conscientização dos riscos da doença e da importância do adequado controle. Assim, em conversa com a equipe de saúde, decidimos que esse seria um importante problema de saúde a ser abordado. Para construção do trabalho definiu-se, portanto como objetivo elaborar um projeto de intervenção para levantar no território da unidade Pôr do Sol o número e controle dos hipertensos para propor medidas de acompanhamento e controle desses pacientes. Para embasar a proposta de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema e elaborado um plano de ação para abordar a questão em diferentes níveis da atenção, desde a conscientização da equipe de saúde à realização de grupos operativos com os usuários hipertensos e alteração no fluxo de renovação de receitas. Mudar uma rotina de atendimento e buscar conscientizar uma população não é tarefa simples, mas os profissionais da rede de atenção à saúde tem importância fundamental nas estratégias de controle da hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The Hypertension is a major public health problem with a progressive increase in its prevalence. To be a risk factor for cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases is responsible for high morbidity and mortality, but still with great difficulties in relation to its control. To initiate activities in the family health team Pôr do Sol in Lagoa Santa - Minas Gerais could be seen that the situation was no different: large number of hypertensive blood pressure uncontrolled, indiscriminate prescription refills, misinformation and lack of awareness of the risks of the disease and the importance of proper control. Thus, in conversation with the health team, we decided that this would be a major health problem being addressed. To work defines therefore to develop a project to raise within the unit Pôr do Sol, the number and control of hypertension to propose accompanying measures and control of these patients. To support the proposed intervention was carried out a literature review on the topic and elaborate an action plan to address the issue at different levels of care, from health staff awareness to the realization of operative groups with hypertensive users and change in flow of prescription refills. Changing a routine care and seek educate a population is not a simple task, but professionals in the health care network there are fundamental importance in the hypertension control strategies.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Health Promotion.

SUMÁRIO

| | | |
|---|------------------------|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 10 |
| 3 | OBJETIVO | 12 |
| 4 | METODOLOGIA | 13 |
| 5 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 14 |
| 6 | PROJETO DE INTERVENÇÃO | 20 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 |
| | REFERÊNCIAS | 29 |

1 INTRODUÇÃO

Lagoa Santa é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. A cidade encontra-se a 800 metros de altitude, possui 231,9km² de área e uma população de 54.526 habitantes (IBGE, 2010). Está localizada a 35 km de Belo Horizonte.

O município conta com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com suas respectivas equipes de saúde da família, além das Policlínicas (uma em cada Regional), que contam com a atuação de diversas especialidades, Pronto Atendimento de Saúde (PAM), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Farmácias Regionais, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Laboratório municipal.

Uma das UBS corresponde à Unidade Básica de Saúde Pôr do Sol, situada na Rua Paula Pinto, sem número, bairro Santa Maria, pertencente à Regional Norte que atende no momento, 4102 usuários.

Esta unidade possui uma boa estrutura física e conta com: dois consultórios médicos, uma sala da enfermagem, uma sala para as auxiliares de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma sala de observação, uma sala de reunião, uma cozinha e copa. Esta estrutura está adequada às atividades ofertadas pelos profissionais que atuam na mesma.

A equipe conta com os seguintes trabalhadores: dois médicos, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, seis ACS, um cirurgião dentista, uma técnica de saúde bucal e uma secretária.

A unidade de saúde funciona de 07:00 às 16:30 horas. Pela manhã, o atendimento é voltado mais para demanda espontânea. Todo usuário para ser atendido na demanda espontânea passa pelo acolhimento que é realizado pela equipe de enfermagem e, dependendo da necessidade, aguarda para ser atendido pelo médico. Às tardes, o atendimento é variado, com atendimentos programados: de

puericultura, visita domiciliar/grupo operativo, consulta agendada e renovação de receitas.

Contamos ainda com a participação da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que auxilia na realização dos grupos operativos e abordagem de assuntos diversos para promoção e prevenção da saúde. Contudo, até recentemente, a Unidade não contava com a realização do “HIPERDIA”, com controle e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

A média e alta complexidade está pactuada para ser encaminhada para Belo Horizonte.

Desde o início das minhas atividades nesta Unidade, a renovação de receitas, principalmente de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes foram os fatores que mais me trouxeram inquietação. A cada três meses o paciente comparece à unidade com a receita e pede a renovação da mesma. É um ciclo que se repete trimestralmente. E dentre esses pacientes, um enorme número, não comparece nem mesmo para aferir a pressão arterial (PA) ou avaliar glicemia, por exemplo. Era uma renovação de receitas sem avaliar a condição do paciente.

Conversando com a equipe sobre o problema mais prevalente entre os usuários e nossa prática diária, a falta de controle e acompanhamento dos pacientes crônicos, com ênfase na hipertensão foi opinião unânime, além de inadequada adesão ao tratamento tanto medicamentoso como o não medicamentoso.

Pelo exposto justifica-se a elaboração do projeto de intervenção com a finalidade de mudar esta realidade que encontramos no atendimento diário dos pacientes residentes no território da unidade Pôr do Sol.

2 JUSTIFICATIVA

Quando realizamos a estimativa rápida para o levantamento dos problemas, identificamos que o número de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) era expressivo. Foi identificado que no território possuíamos 320 pacientes com HAS. Analisando a população por faixa etária identificamos que na de maiores de 20 anos (2.328 pessoas), 13,7% dessas tinham diagnóstico de HAS.

Quadro 1 – Distribuição dos hipertensos por microárea da área de abrangência da unidade básica de saúde Pôr do Sol, no município de Lagoa Santa – Minas Gerais, Julho, 2015

| Descrição/microárea | N |
|---------------------|------------|
| Microárea 1 | 30 |
| Microárea 2 | 27 |
| Microárea 3 | 63 |
| Microárea 4 | 92 |
| Microárea 5 | 50 |
| Microárea 6 | 57 |
| Total | 320 |

A equipe concorda que nossa demanda é muito grande, problematizando o atendimento de todos os pacientes para a renovação de receita (uma das dificuldades a ser enfrentada), mas que algo precisa ser feito para tentar acompanhar melhor esses pacientes, não só com medicação, mas com controle de toda a saúde, orientação e prevenção de agravos.

Nesse descontrole, é muito comum receber pacientes hipertensos nos atendimentos de demanda espontânea com PA em torno de 180x110. Precisamos pensar sobre o que leva esses pacientes a não controlarem seus problemas de saúde: não usam a medicação corretamente por falta de orientação ou desinteresse? Estão usando a

classe farmacológica mais adequada? Conhecem as consequências de uma PA ou glicemia mal controladas?

Mas antes de começar a atuar diretamente com os pacientes, evidenciou-se a necessidade de dimensionar adequadamente o problema. Percebeu-se que a porcentagem de hipertensos é consideravelmente menor do que a estimativa geral, acima de 20% na população adulta. Questionou-se, então: o quantitativo de hipertenso encontrado encontra-se subestimado ou nossa população apresenta perfil diferenciado?

Este trabalho tem por finalidade buscar estratégias para quantificar os hipertensos e identificar aqueles que se encontram sem controle médico.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para levantar no território da unidade Pôr do Sol o número e controle dos hipertensos para propor medidas de acompanhamento e controle desses pacientes

4 METODOLOGIA

Foram trabalhadas as informações levantadas pela estimativa rápida e assim selecionou-se o problema mais relevante para que a equipe atue sob o mesmo.

Foram utilizados também os registros dos ACS por micro área sobre os quantitativos de hipertensos cadastrados nas micro áreas.

Posteriormente foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema para levantamento das evidências já existentes na literatura nacional.

Foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores:

Hipertensão

Atenção Primária à Saúde

Promoção da Saúde

5 REVISAO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.1).

As doenças cardiovasculares são hoje a principal causa de morte entre os adultos e responsáveis, ainda, por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos, hospitalares e socioeconômicos elevados (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo levantamento do DATASUS, no Brasil foram um total de 335.213 óbitos no ano de 2011 por doenças do aparelho circulatório, 103.486 devido às doenças isquêmicas, 100.751 por doenças cerebrovasculares e 130.976 pelas demais doenças do aparelho circulatório (DATASUS, 2011), demonstrando um aumento progressivo do número de óbitos comparado a 2010 (324.092 óbitos). Principal causa modificável das doenças isquêmicas, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e periférica, a HAS, pode então, dada sua proporção, ser considerada um importante problema de saúde pública (NAKAMOTO, 2012).

Inquéritos populacionais realizados em algumas cidades brasileiras confirmam que a prevalência da HAS permanece em patamares preocupantes. As taxas de prevalência na população brasileira urbana adulta têm variado entre 22,3% e 43,9%, considerando os níveis de PA >140/90 mmHg como indicadores de hipertensão. E esse número é crescente, com aparecimento cada vez mais precoce (BELO HORIZONTE, 2011).

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS são:

- Idade: relação direta e linear entre a idade e a pressão arterial, com prevalência superior a 60% de hipertensos acima de 65 anos de idade;
- Gênero e etnia: prevalência semelhante entre homens e mulheres, embora mais elevada entre os homens até os 50 anos, invertendo-se posteriormente. Prevalência mais elevada entre os indivíduos de cor não-branca;
- Excesso de peso e obesidade: o excesso de peso e a obesidade central se associam a maior prevalência de elevação da pressão da arterial (PA);
- Ingestão de sal: a ingestão em excesso de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA;
- Ingestão de álcool: a ingestão por períodos de tempo prolongados de bebida alcoólica pode favorecer um aumento da PA e da mortalidade cardiovascular em geral;
- Sedentarismo: a atividade física reduz a incidência de HAS, a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares;
- Fatores socioeconômicos: No Brasil, a HAS apresenta maior prevalência entre os indivíduos com menor escolaridade;
- Genética: há contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS;

Apesar das inúmeras complicações associadas a essas comorbidades, o diagnóstico da HAS é simples de ser alcançado, devendo ser feitas duas ou mais medidas corretas da PA antes de confirmar o diagnóstico, com um esfigmomanômetro bem calibrado e um ambiente calmo, fatores fundamentais para uma medida mais confiável de PA. Antes da medida é importante explicar o procedimento ao paciente, deixando-o em repouso por cinco minutos. O paciente deve estar com a bexiga vazia, não ter praticado atividade física nos últimos 60 minutos ou ter fumado nos últimos 30 minutos. Deve-se evitar a ingestão de café e bebida alcoólica antes da medida, pois os níveis da PA podem se elevar. O paciente deve estar na posição sentada com as pernas descruzadas e pés apoiados no chão com o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração, livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido (BRITO; GIORGI, 2012).

Quadro 2 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

| CLASSIFICAÇÃO | PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg) | PRESSÃO DISTÍLICA (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 |

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Apesar de a HAS apresentar diagnóstico simples e de fácil alcance para a população, “somente 40% da população sabidamente hipertensa realiza algum tipo de tratamento e apenas 30% dos indivíduos tratados apresentam níveis pressóricos controlados” (NAKAMOTO, 2012, sp.).

Por ser uma doença de curso longo e às vezes assintomática e com uma baixa adesão ao tratamento prescrito, certamente os percalços da HAS são enormes para os serviços de saúde. Consequentemente tem-se controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso aos medicamentos pela população por meio da Farmácia Popular. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e

uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser devidamente abordados e controlados (BRASIL, 2013).

Não se pode esquecer, além de tornar-se mais um fator complicador, que um grande número de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006). E além dessas várias comorbidades associadas, cada indivíduo apresenta uma condição social particular e que também deve ser considerada no contexto da abordagem desse paciente.

Abordar a hipertensão em todos esses problemas e, ao mesmo tempo, é tarefa árdua, sendo fundamental, primeiramente, dimensionar corretamente o problema, seguido de acompanhamento adequado dos pacientes, com orientações e seguimento correto da doença, além de adequada capacitação da equipe. Nesse sentido, os outros problemas podem ser alcançados como consequência: controle de PA, melhor adesão ao tratamento, redução de renovação de receitas sem o adequado acompanhamento.

5.2 Redes de atenção à saúde e a atenção primária à saúde

O trabalho em redes de atenção à saúde preconiza romper com a fragmentação da assistência à saúde redesenhando um modelo de atenção que tem a atenção primária à saúde como ordenadora do fluxo dentro da rede, representando assim um mecanismo de superação da fragmentação da atenção à saúde e permitindo ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população (BRASIL, 2010).

Apesar da publicação da normatização do fluxo e contra fluxo nos usuários dentro da rede de atenção por meio da portaria n.4279 de 30 de dezembro de 2010, na prática os avanços ainda são pouco expressivos no sentido da resolutividade e da articulação dos pontos da rede.

A atenção primária, ordenando esse fluxo, atua como porta de entrada para o usuário na rede, assumindo um importante papel no cuidado ao usuário, merecendo destaque o cuidado às doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis hoje por elevada mortalidade e tendo a HAS como um de seus grandes problemas. É nesse nível de atenção à saúde que a maioria dos pacientes será acompanhada e devidamente controlada.

O controle e o diagnóstico da hipertensão são hoje ações prioritárias na saúde do adulto em sua fase inicial, atribuindo à Estratégia Saúde da Família esse cuidado principal. Reconhece-se que, a atenção básica à saúde tem papel de elevada relevância nas estratégias de combate à HAS que vão desde a prevenção ao controle dessa comorbidade.

Diversos são os instrumentos na prática da Atenção Primária à Saúde na tentativa de auxiliar o acompanhamento desses pacientes e devido controle: realização de grupos educativos (exemplo: Hiperdia), que permitiriam uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, e a realização de visitas domiciliares, em que a equipe de saúde poderia avaliar, no ambiente do paciente, a relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo.

Ponto fundamental no acompanhamento desses pacientes e um dos pilares da atenção básica trata-se da conscientização do paciente como corresponsável pelo seu cuidado. Promover a educação em indivíduos com doenças crônicas, como a obtenção de mudanças e manutenção das mesmas. Objetiva-se ajudar o hipertenso a entender, conhecer e aceitar a doença; conhecer e reconhecer comportamentos de risco; informar sobre decisões do tratamento e diagnóstico; negociar e cumprir propostas de tratamento e enfrentar problemas de manutenção do tratamento (PIERIN *et al.*, 2011).

As atividades de promoção à saúde devem fornecer condições ao usuário para que ele seja capaz de melhorar a sua saúde e ter a possibilidade de exercer o controle sobre a mesma. Não é uma tarefa fácil, exige diálogo contínuo e compartilhamento das informações e, em especial, o compromisso profissional com as idas e vindas que o usuário apresenta no controle dos seus agravos.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) o trabalho em grupo é um importante espaço de interação para a equipe de saúde e os usuários do serviço de saúde. É um momento oportuno para os esclarecimentos de dúvidas, aquisição de novos conhecimentos e, em especial, para socializar mudanças de atitudes.

Nesse contexto de cuidado do paciente em sua totalidade, a atenção primária atua com foco, também, no trabalho multidisciplinar. O cuidado não se concentra no médico e paciente, mas sim, numa equipe que vai conseguir abordar o paciente de forma ampla: nutricionista, educador físico, farmacêutico, agente comunitário de saúde, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cada um atuando em sua especificidade e, ao mesmo tempo, em conjunto com o outro profissional.

Tudo isso só vem reforçar a importância e necessidade da realização de práticas de promoção da saúde, visando reduzir a elevada morbimortalidade dessa doença.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção foi elaborado utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) seguindo as orientações contidas no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para tanto foram definidos os seguintes passos:

Primeiro Passo: Definição dos problemas

De acordo com o observado na prática diária dos atendimentos da equipe Pôr do Sol, percebe-se que um grande problema presente em nosso cotidiano trata-se da HAS, tendo como fatores determinantes:

- Descontrole da pressão arterial.
- Baixa adesão ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso).
- Desconhecimento da população sobre os riscos de uma PA mal controlada.
- Renovação indiscriminada de receitas sem o devido acompanhamento e controle do paciente.
- Não aplicação do protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Dimensionamento duvidoso do número de hipertensos.
- Formação técnica da equipe para que todos os membros estejam preparados para abordar e acompanhar essa comorbidade.

Segundo Passo: Priorização de problemas

Abordar a hipertensão em todos estes problemas e, ao mesmo tempo, seria inviável. Acredito ser fundamental dimensionar corretamente o problema, seguido de acompanhamento adequado desses pacientes, com orientações e seguimento correto da doença. Além da importância da adequada capacitação da equipe:

- Dimensionar o problema, realizando uma busca dos hipertensos, com o real número de doentes.
- Avaliar como está o acompanhamento desses doentes.
- Orientação sobre a doença e seus riscos, com a realização de grupo operativo, por exemplo.
- Seguimento da doença, com acompanhamento farmacológico e não farmacológico e laboratorial (aplicação do protocolo de HAS);
- Orientação e capacitação técnica da equipe para atuar no problema.

Nesse sentido, os outros problemas podem ser alcançados, como consequência: controle de PA, melhor adesão ao tratamento, redução de renovação de receitas sem o adequado acompanhamento.

Terceiro Passo: Descrição do Problema Selecionado

Pelos dados analisados pela equipe foram encontrados 320 hipertensos. Este quantitativo se encontrava na faixa etária acima de 20 anos, representando 13,7% da população de abrangência da unidade.

Acreditamos que esse número pode estar subestimado, ou seja, temos uma população bem maior de hipertensos e que os mesmos não estão sendo devidamente acompanhados.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) define que a hipertensão atinge uma média de 32% da população adulta. Na população adscrita à unidade Pôr do Sol foi identificado um número inferior, o que se pode inferir que a forma como está sendo organizada a atenção aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) seja um dos obstáculos a não identificação desses pacientes.

Pelo baixo quantitativo de pacientes em controle na unidade pode ser inferido que, os pacientes não devem estar sendo devidamente acompanhados, que seus exames periódicos não estão sendo realizados e não estão devidamente enquadrados nas classificações de risco. Assim, não é pouco comum, por exemplo,

deparar-me com pacientes mal controlados nos atendimentos, com valores expressivos de sua PA.

Quarto Passo: Explicação do Problema

Deve-se questionar: porque esses pacientes não estão sendo devidamente cadastrados e acompanhados? Pode-se tentar explicar da seguinte maneira:

- Há falhas no controle e no acompanhamento realizados pela equipe, principalmente pelos ACS que deveriam registrar todos os pacientes e suas comorbidades expressas pelos mesmos.
- Deficiência de conhecimento da equipe de saúde quanto à gravidade da doença expressa pela pouca valorização dada a este problema tão importante da saúde pública.
- Horário reduzido para atendimento/acompanhamento desses pacientes e da aplicação do protocolo de HAS, posto que, grande parte do tempo dos atendimentos médico é destinada à demanda espontânea.
- Desconhecimento da população sobre a patologia e seus riscos, além de poucas atividades recreativas e de conscientização deste problema desenvolvidas no território e na própria unidade.
- O modelo de renovação de receitas, em que o paciente deixa a sua receita e pede a renovação, sem nem mesmo ter que passar por acolhimento, permite que o paciente vá fazendo uso da medicação e procure atendimento quando sentir necessidade ou apresentar um quadro de descompensação grave.

Quinto Passo: Seleção dos “nós críticos”

Como pontos principais que devemos considerar:

- O processo de trabalho da equipe de saúde, incentivando o correto registro dos pacientes e maior priorização no acolhimento.

- Capacitação técnica da equipe para conceber a importância do acompanhamento sistemático dos portadores de HAS.
- Organização do modelo de atenção à saúde, focando mais em promoção da saúde e prevenção de agravos;
- Orientação/conscientização da população sobre o correto acompanhamento dos portadores de HAS.

Sexto Passo: Desenho das operações

| NÓ CRÍTICO | OPERAÇÃO / PROJETO | RESULTADOS ESPERADOS | PRODUTOS | RECURSOS NECESSÁRIOS |
|--|---|---|---|--|
| Capacitação da equipe | “Equipe informada” Realizar reuniões periódicas com a equipe, visando a formação técnica e escuta dos pontos críticos e dificuldade/dúvidas no processo de trabalho | Equipe, principalmente, ACS, orientada sobre a necessidade de registro dos hipertensos e adequado acompanhamento. | Real dimensão do problema e maior facilidade em buscar esses pacientes. | Espaço para reuniões; data e horários agendados para reunião da equipe; |
| Modelo de atenção à saúde / processo de trabalho | “Cuidar melhor” Reorganizar agenda de atendimento; implantar linha de cuidado para seguimento do protocolo de hipertensão. | Cobertura/acompanhamento periódico adequado da grande maioria dos hipertensos. | Busca por reduzir risco cardiovascular; implantar protocolo; manter pacientes devidamente controlados | Organizar fluxo de atendimento; elaborar linha de cuidado e implantação de protocolos |
| Conscientização da população | “Conscientizar é preciso” Aumentar o nível de informação da população para os riscos do descontrole e importância de acompanhamento periódico | População mais informada sobre a importância do controle; usuário atuando no autocuidado à saúde. | Promoção da saúde; maior e melhor adesão ao tratamento; paciente mais bem controlado; | Realização de grupos operativos para orientação e acompanhamento; realização de atividades recreativas para promoção da saúde; |

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Para realização do projeto, serão necessários:

- reorganização da agenda de atendimento e definição de reunião periódica com a equipe
- articulação intersetorial (unidade de saúde, NASF, secretaria de saúde)
- adesão dos profissionais da equipe Pôr do Sol
- reorganização dos prontuários
- folhetos educativos para conscientização da população

Oitavo Passo: Análise de viabilidade do plano

Após conversar com grande parte da equipe, percebi que todos concordavam em relação ao reduzido controle desses pacientes hipertensos e a necessidade de realizar uma busca ativa aos mesmos e o devido cadastramento dos usuários. É claro que há grande diferença de pro-atividade entre os profissionais, mas inicialmente percebo certa motivação da maioria da equipe em buscar melhoria da linha de cuidado.

Assim, tendo a equipe favorável ao projeto, é possível realizá-lo sem necessariamente ter que depender de órgãos de maior poder. Contudo, a secretaria de saúde, constantemente enfatiza a necessidade de realizar grupos operativos e realização de atividades de promoção da saúde. Assim, considero que também apoiará o projeto.

Uma dificuldade poderá estar relacionada com as agendas e maior disponibilidade de atendimento/acompanhamento desses pacientes, além da grande quantidade de trabalho já realizada pela equipe.

Nono Passo: Elaboração do plano operativo

| OPERAÇÕES | RESULTADOS | AÇÕES ESTRATÉGICAS | RESPONSÁVEIS | PRAZO |
|----------------------------------|---|---|---|--|
| “Equipe informada” | Dimensionamento real do número de hipertensos Equipe, principalmente, ACS, orientada sobre a necessidade de registro dos hipertensos e o adequado acompanhamento. | Avaliação de prontuários: ACS irão atuar na busca ativa dos pacientes e cadastramento dos mesmos Reuniões periódicas com a equipe (informativa/solucionar dúvidas) | ACS Médico equipe de enfermagem | Dois meses para busca ativa dos hipertensos Reuniões mensais |
| “Cuidar melhor” | Cobertura/acompanhamento periódico adequado da grande maioria dos hipertensos; busca por reduzir risco cardiovascular; implantar protocolo; manter pacientes devidamente controlados. | Busca dos atendimentos e avaliar o acompanhamento/ controle dos hipertensos Aplicar protocolo de HAS Agendar consultas para renovação de receitas | Médico Equipe de enfermagem ACS | Dois meses para avaliação dos prontuários e busca dos pacientes sem controle. Agendamento diário para renovação de receitas |
| “Conscientizar é preciso” | Aumentar o nível de informação da população para os riscos do descontrole e importância de acompanhamento periódico; usuário atuando no autocuidado à saúde; maior controle da comorbidade. | Hiperdia Campanhas de conscientização/informação da população, mutirão para aferição de PA | Médico Equipe de enfermagem NASF ACS | Atividades a serem realizadas constantemente (Exemplo: hiperdia, realização quinzenalmente/campanhas periódicas de conscientização da população) |

Décimo Passo: Gestão do plano

O modelo de gestão do plano de ação visa discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Por se tratar da elaboração de um plano de ação e não da sua implementação, não será apresentado um plano de gestão no presente estudo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível que a hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública que apesar da maciça discussão em relação ao assunto, ainda apresenta elevado descontrole e mundialmente sofre-se dos agravos relacionados a essa comorbidade.

Sabe-se da importância da prevenção e do controle da HAS. Inúmeras são as políticas de saúde voltadas para essa doença, mas o que ainda se observa no cotidiano são usuários mal controlados e mal informados e equipe de saúde ainda pouco preparada.

Alterar um processo de trabalho já consolidado não é tarefa fácil, mas o fato de ter uma equipe interessada em mudar, não apenas os indicadores de saúde, mas favorecer o incremento da saúde de uma população pode contribuir no processo de mudança e na busca por melhores condições de saúde deste grupo. Esse foi um ponto importante encontrado na equipe de saúde, que se interessou nas mudanças propostas e no plano de ação a ser desenvolvido.

Reconhece-se a importância da atuação das equipes de saúde envolvidas com as ações da atenção primária à saúde principalmente naquelas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, mas é preciso que não sejam esquecidas as ações terapêuticas medicamentosas prescritas e acompanhadas assiduamente para o êxito do tratamento.

O compromisso do usuário com a sua saúde deve ser pactuado dentro do plano terapêutico individual destacando aquela voltada para o autocuidado.

Precisamos, portanto, implementar as medidas propostas no plano e acreditar na possibilidade de mudanças e que levem à melhoria das condições de saúde da população hipertensa.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Hipertensão Arterial. Risco cardiovascular**. Belo Horizonte: SMSA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Cadernos de Atenção Básica n. 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4279GM/MS de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização das redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **DOU** de 31 de dezembro de 2010.

BRITO, T. M.; GIORGI, D. M. A. Como diagnosticar e tratar – Hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Medicina**. v. 69, n.12, p. 6-15, 2012. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5281
Acesso em 11 de outubro de 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. S. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DATASUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/matriz.htm#mort>

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

NAKAMOTO, A. Y. K. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Bras Medicina**. v. 69, n. 4, p. 78-86, 2012. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5009&fase=imprime
Acesso em 11 de outubro de 2015.

PIERIN, A. M. G.; MARRONI, S. N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSEÑOR, I. J. M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência e saúde coletiva**. v. 16 (Supl. 1): 1389-1400, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a74v16s1.pdf>

Acesso em 24 de outubro de 2015.