

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE URUCUÍ: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.

REORGANIZATION OF THE PROCESS OF ACCOMPANYING HYPERTENSES FROM A BASIC HEALTH UNIT OF THE RURAL AREA OF THE URUCUÍ MUNICIPALITY: A PROPOSED INTERVENTION.

Samantha Luzia Guimarães Franco, Enfermeira, Pós-Graduada em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Federal do Piauí/ UFPI

Leila Leal Leite, Pós-graduada em nível de Mestrado Profissional em Gestão Pública pela UFPI e Tutora-Orientadora da Especialização em Saúde da Família e Comunidade pela UNASUS-UFPI

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica que acomete várias pessoas, uma doença que requer acompanhamento adequado e na maioria das vezes os pacientes são tratados na atenção primária. Objetivo: reorganizar o processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde Pratinha, em relação ao grupo de hipertensos. Criar uma tabela com itens para o melhor acompanhamento desse grupo, melhorar a adesão medicamentosa desse grupo de pacientes, obter um controle e acompanhamento eficaz e eficiente do grupo. Plano operativo: composto por situação problema, objetivos, metas, ações e os responsáveis pela a realização dessas ações que visão melhorar o processo de trabalho na unidade básica de saúde. Conclusão: Aguarda-se que diante da tabela criada pela a enfermeira da equipe, o grupo de hipertensos tenham um melhor acompanhamento com eficiência, de acordo com os parâmetros do ministério da saúde.

Descritores: Processo de Trabalho; Hipertensão, Doença Crônica.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic disease that affects several people, a disease that requires adequate monitoring and most often patients are treated in primary care. Objective: to reorganize the work process in the Pratinha Basic Health Unit, in relation to the hypertensive group. Create a table with items to better follow up this group, improve the medication adherence of this group of patients, obtain an effective and efficient control and monitoring of the group. Operational plan: composed of problem situation, objectives, goals, actions and those responsible for carrying out these actions that vision improve the work process in the basic health unit. Conclusion: It is expected that before the table created by the team nurse, the group of hypertensive patients have a better follow-up with efficiency, according to the parameters of the ministry of health.

Keywords: Work Process; Hypertension, Chronic Disease.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Análise de situações problemas do território

O município de Uruçuí conta com uma população de 20.149 habitantes de acordo com o censo de 2010 a estimativa do ano 2017 é de 21.188 habitantes. A população conta com dez equipes de saúde sendo seis na zona urbana e quatro na zona rural. Todas as unidades básicas de saúde realizam o acompanhamento aos hipertensos rotineiramente.

Unidade Básica de Saúde Pratinha está localizada na zona rural do município de Uruçuí, a cerca de 100 quilômetros da cidade. A equipe é multiprofissional composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de saúde bucal, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A Unidade Básica de Saúde (UBS) possui um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem, uma sala de dispensação de medicação, uma sala de vacina, um banheiro para uso tanto dos profissionais quanto dos pacientes, uma sala de recepção e uma sala para procedimentos e um almoxarifado, não é um modelo de UBS padrão, como a pnap recomenda.

Em relação ao processo de trabalho da equipe realizamos os atendimentos de acordo com a nossa realidade, temos conhecimento de toda nossa área de abrangência, realizamos nossas programações e implementações do planejamento de acordo com a demanda e a realidade local. Realizamos o acolhimento dos pacientes com escuta qualificada, realizamos também agendamentos e as consultas de cuidado continuado que são as consultas de agenda programada de acordo com o quadro de vagas. Mesmo que o paciente não esteja agendado após a escuta qualificada no caso ele necessitar de um atendimento de urgência ele será atendido essas são as vagas de demanda espontânea.

Sobre os programas preconizados pelo o ministério da saúde, todos realizados na UBS pratinha de forma rotineira de acordo com um cronograma criado pela a equipe para uma melhor organização.

Realizamos o acompanhamento de 175 hipertensos, todos com tratamento medicamentoso dentre esses pacientes 64 tem a doença crônica Diabetes Mellitus tipo 2. Ao acompanhar esse grupo de hipertensos a equipe diagnosticou que o tratamento da maioria desses pacientes não estava sendo eficaz, pois os níveis pressóricos não estavam adequados o que poderia acarretar problemas mais graves como doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico entre outros. A falta de alguns fatores determinantes e condicionantes de saúde prejudica o quadro desses pacientes.

Feito esse diagnóstico a equipe chegou à conclusão que esse grupo de portadores de hipertensão arterial necessitaria de uma atenção redobrada e mais qualidade no atendimento ofertado na atenção primária, realizamos uma nova reorganização no serviço com ações planejadas que serão implementadas pela a equipe de saúde da UBS Pratinha com a ajuda do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), com essas novas ações pretendemos melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Objetivo geral: Reorganizar o

processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde Pratinha, em relação ao grupo de hipertensos. Objetivos específicos: Criar uma tabela com itens para o melhor acompanhamento desse grupo, melhorar a adesão medicamentosa desse grupo de pacientes; obter um controle e acompanhamento eficaz e eficiente do grupo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um grande desafio de saúde pública globalmente, por se tratar de uma doença crônica não transmissível. É uma condição responsável por um número considerável de óbitos no mundo, e acomete cerca de um quarto da população mundial, estima-se que o número de casos aumentara em grande proporção no decorrer dos próximos anos. Essa doença é causadora de um elevado número de doenças cardiovasculares que acomete portadores dessa doença em grande parte na fase produtiva da vida. ¹

A hipertensão arterial, atualmente possui alta prevalência e uma baixa taxa de controle, assim como a diabetes e outras doenças a HAS sendo considerada um dos principais fatores de risco modificáveis é também um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. A promoção de saúde é uma das ações indispensáveis para a prevenção de agravos que essa doença pode causar evitando a diminuição de mortalidade provocada por essa doença e também é através da atenção primária com a educação em saúde que se pode evitar a manifestação dessa doença. A estratégia saúde da família tem o papel de promover a educação em saúde sendo a porta de entrada para os usuários que precisam de tratamento relacionado a HAS e demais doenças, nesse contexto os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) necessitam do apoio da família para o manejo com os pacientes portadores dessa doença principalmente se o paciente for idoso.

A hipertensão arterial que é uma doença crônica e um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Na atenção básica é um dos grupos que requer um maior acompanhamento rigoroso por causa das consequências que essa doença pode causar se não houver um controle pressórico eficaz, planejamento de ações, a cobertura total da área adscrita e um acompanhamento coletivo e individual dos pacientes portadores dessa patologia. A HAS é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que pode ocorrer outras doenças subjacentes diante desse problema de saúde. Na última década representaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo.

Com a implantação da Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas aumenta as possibilidades que é de grande importância para uma melhor assistência ao usuário da atenção primária, principalmente para os portadores de hipertensão arterial que apresenta uma grande prevalência de morbidade e mortalidade. Diante da ideia do plano de ações estratégicas

para enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis com a proposta de formação da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas permite uma organização nos serviços de saúde obtendo assim uma linha de melhores cuidados e assistência aos portadores dessas doenças em especial a hipertensão arterial. ²

Mesmo diante do conhecimento dos profissionais de saúde da atenção primária em relação a importância do controle pressórico e o diagnóstico precoce da hipertensão arterial existe um grande desafio por parte dos profissionais de saúde diante dessa problemática no que tange principalmente o controle dos níveis tensionais pressóricos que se mostram mais elevados no sexo masculino essa situação insatisfatória se dá em grande parte a baixa adesão ao tratamento da doença e demais fatores que influenciam nesse processo.³

Na hipertensão arterial, por ser uma doença crônica o tratamento medicamentoso é por toda a vida e o fato do tratamento ser para toda vida, os efeitos indesejáveis das medicações podem desencadear novas doenças como exemplo a depressão que pode ser tratada em um conjunto de ações em parceria com o NASF e CAPS. No tratamento não medicamentoso, na maioria das vezes encontra-se muitas dificuldades na mudanças do estilo de vida que são fatores que dificultam a adesão do tratamento, nesse momento o portador da doença precisa não somente da ajuda da equipe de saúde, a família também tem um papel indispensável nessa problemática. Apresenta-se como fatores associados na adesão ao tratamento características do hipertenso, como sexo e idade e a soma de outras patologias associadas dentre estas doenças as que são mais evidentes são: Diabetes Mellitus, dislipidemia e obesidade. Nesse sentido, é de ampla importância abordar os fatores associados à pressão arterial não controlada, aprimorando o processo de trabalho na atenção primária, para uma melhor assistência ao portador da HAS e demais doenças associadas, traçando estratégias e ações para obter uma melhor resolutividade diante desse problema.

O processo de trabalho da ESF deve se caracterizar, segundo o documento oficial que a instituiu e mais recentemente pela atual Política da Atenção Básica, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, promover a reorganização do processo de trabalho com os grupos de hipertensos planejando ações com ferramentas eficientes para obter um maior controle da pressão arterial desse grupo. A partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com um olhar singular para cada paciente, elaborando e traçando métodos com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária melhorando a qualidade de vida e um melhor acompanhamento do paciente cliente.

A proposta de reorganização dos serviços de saúde já é uma situação que já vem ocorrendo, com o principal objetivo a geração do cuidado, como um processo de trabalho centrado no usuário com atenção, relação e práticas acolhedoras com o intuito de produzir um maior vínculo com o usuário com ações eficientes e produtivas inovando com tecnologias para um melhor atendimento humanizado pensado nas necessidades dos usuários. O envolvimento e articulações

dos profissionais de com ações interdisciplinares que chegue a inovar no serviço de saúde proporcionando melhorias no atendimento gera uma inovação no trabalho em saúde.⁴

3 PLANO OPERATIVO

Situação problema	Objetivos	Metas/ prazos	Ações/ estratégias	Responsáveis
Má adesão medicamentosa.	Obter um controle adequado da pressão arterial.	Adesão medicamentosa em 100% dos casos. Dois meses	Elaborar uma planilha para um melhor acompanhamento, dos valores pressóricos dos pacientes visando também a organização do programa Realizar palestras educativas em relação a temática.	Enfermeiro; Médico; técnico de enfermagem; agente comunitário de saúde e uma parceria com o NASF.
Acompanhamento nutricional deficiente devido existir pouco envolvimento dos profissionais do NASF, pois se trata de uma unidade básica da zona rural.	Melhorar a dieta desses pacientes e orientar a atividade física de acordo com a necessidade de cada um.	Melhora da qualidade de vida desses pacientes. Um mês	Sensibilização dos profissionais do NASF para desempenharem suas atividades.	Enfermeiro; Médico; técnico de enfermagem; agente comunitário de saúde e uma parceria com o NASF.
Ausência de instrumento eficaz para o melhor acompanhamento dos hipertensos	Melhorar a assistência prestada aos pacientes conforme a necessidade de cada um.	Monitoramento da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Um mês	Elaborar planilha para um melhor acompanhamento dos pacientes.	Enfermeiro; Médico; técnico de enfermagem; agente comunitário de saúde e uma parceria com o NASF.

4 PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

Ao fazer parte dessa UBS encontrei poucos dados sobre os hipertensos, juntamente com os agentes comunitários de saúde iremos realizar uma busca ativa de todos os hipertensos da área de abrangência para que se consiga colocar em prática com resolutividade esse projeto de intervenção.

Na fase inicial a equipe de saúde irá reunir-se, para juntos enfocarmos todas as estratégias traçadas. O enfermeiro da equipe apresentará todas as estratégias elaboradas para equipe, convidará o NASF para participar das reuniões pois de fato terá um papel indispensável nas intervenções elaboradas para suprir a problemática encontrada no grupo de hipertensos.

Em seguida daremos o ponta pé inicial, que será por em pratica as ideias traçadas, a equipe de saúde juntamente com NASF realizará palestras educativas em relação ao tema, a equipe de saúde seguirá rigorosamente o acompanhamento desses pacientes de acordo com uma tabela criada pela a enfermeira da equipe para um acompanhamento de qualidade para um melhor resultado. Por fim diante das intervenções realizadas teremos indicadores de saúde precisos, fatores socioeconômicos e demográficos da área em abrangência.

5 CONCLUSÃO

Aguarda-se que diante da tabela criada pela a enfermeira da equipe, o grupo de hipertensos tenham um melhor acompanhamento com eficiência, de acordo com os parâmetros do ministério da saúde. E que juntamente com os demais componentes da equipe e NASF que desempenharam um trabalho de grande importância e relevância conseguiremos juntos suprir as necessidades desse grupo, mesmo com algumas dificuldades que encontraremos no decorrer da implantação desse projeto de intervenção.

REFERÊNCIAS

1-HANUS, J.S. *et al.*, Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. **Rev. Acta Paul Enferm.** 28(4):381-7, Criciúma,2015.

2-SANTOS, C.M. *et al.*, Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. Artigo. **Cad. Saúde Pública** 33 (5) 12 Jun,2017.

3-SILVA, S.S.B.E; OLIVEIRA, S.F.S.B; PIERIN, A.M.G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev. Esc Enferm USP.**50(1):50-8. São Paulo, 2016.

4-SOUZA, M.C *et al.*, Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **Rev. O mundo da saúde;**38(2):139-148, São Paulo, 2014.

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	ID	MEDICAÇÃO		ATIVIDADES COMPLEMENTARES	MESES												CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
			SIM	NÃO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	B	M	A	
					DATA DO ATENDIMENTO																
					FAZ DIETA																
					TOMA A MEDICAÇÃO																
					P.A																
					CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL																
					ÚLTIMOS EXAMES (DATA)																
IDENTIFICAÇÃO	SEXO	ID	MEDICAÇÃO		ATIVIDADES COMPLEMENTARES	MESES												CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
			SIM	NÃO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	B	M	A	
					DATA DO ATENDIMENTO																
					FAZ DIETA																
					TOMA A MEDICAÇÃO																
					P.A																
					CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL																
					ÚLTIMOS EXAMES (DATA)																

7LEGENDA: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (SCORE DE FRAMINGHAM): **B** – BAIXO RISCO; **M** – RISCO MODERADO; **A** – ALTO RISCO.