

ASSISTÊNCIA AOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SANTA LUZIA – MA

ASSISTANCE TO HYPERTENSIVE CARE IN A BASIC FAMILY HEALTH UNIT IN THE MUNICIPALITY OF SANTA LUZIA - MA

Alex Alves Pereira ¹

Zulmira de Sousa Martins ²

1 - Médico. Aluno do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Trabalha como Médico da Estratégia de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde em Santa Luzia, Maranhão. E-mail: alex-alves.pereira@hotmail.com

2 - Orientadora. Médica com Residência médica em Infectologia pela Universidade Federal do Piauí.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica é um relevante problema de saúde pública, que acomete indivíduos adultos e idosos na área sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde da Família Vila São Paulo, no município de Santa Luzia, Maranhão. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi propor um plano operativo visando melhorar o cuidado à pacientes hipertensos atendidos na referida unidade de saúde. **Metodologia:** O projeto de Intervenção descrito, foi elaborado a partir de diferentes fases: territorialização, identificação e priorização dos problemas, construção da árvore de problemas, e elaboração das estratégias de enfrentamento. **Resultados:** Foram propostas: identificação de hipertensos com baixa adesão ao tratamento e descontrole pressórico; proposição de Projetos Terapêuticos Singulares; Elaboração de instrumentos para melhor gestão clínica, além da inclusão de familiares e cuidadores no processo de planejamento do cuidado. **Conclusão:** com as ações propostas espera-se melhor cuidado aos hipertensos envolvidos, bem como a prevenção de complicações do quadro hipertensivo.

Descritores: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Planejamento de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Introduction: Systemic arterial hypertension is a relevant public health problem, affecting adult and elderly individuals in the area under the responsibility of the Vila São Paulo Basic Family Health Unit, in the municipality of Santa Luzia, Maranhão. **Objective:** The aim of this study was to propose an operative plan to improve care for hypertensive patients treated at the health unit. **Methodology:** The intervention project described was elaborated from different phases: territorialization, identification and prioritization of problems, construction of the problem tree, and elaboration of coping strategies. **Results:** The: identification of hypertensive patients with low treatment adhering and pressure-deficit; proposition of Singular Therapeutic Projects; Development of instruments for better clinical management, in addition to the inclusion of family members and caregivers in the care planning process. **Conclusion:** with the proposed actions, better care is expected to be taken to the hypertensive patients involved, as well as the prevention of complications of the hypertensive condition.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Patient Care Planning.

INTRODUÇÃO

O município de Santa Luzia está localizado na mesorregião oeste maranhense, pertencente à microrregião de Pindaré e Regional de Santa Inês - MA. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2020) o município possui uma população estimada em 72887 habitantes, apresentando ainda um predomínio de população adulta jovem.

A estrutura da Rede de Serviços de Saúde do município de Santa Luzia indica que o setor público atende problemas de saúde de baixa e média complexidade. O município conta com o Hospital Municipal Pedro dos Reis Fernandes Neto, arrendado para o município, o Centro de Especialidade Médicas e Centro de Saúde Jonas Neres, além de Unidades Básicas de Saúde na zona rural e urbana (1).

As 24 unidades básicas desenvolvem ações aos programas de Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, DST/AIDS, Saúde Bucal, Imunização, Saúde do Idoso, Acompanhamento dos beneficiários do Bolsa-família e Vigilância Epidemiológica. Tendo Implantado 21 Equipes Saúde da Família, 08 Equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 13 Equipes de Saúde Bucal (1)

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Vila São Paulo tem alocada em sua estrutura física duas equipes de saúde da família (ESF Vila São Paulo I e ESF Vila São Paulo II), além de uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A equipe foco deste estudo (ESF Vila São Paulo I) é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, três agentes de combate a endemias (ACE) e nove agentes comunitários de saúde (ACS). Tal equipe é responsável por aproximadamente 3200 usuários, sendo que 562 indivíduos possuem idade superior à 50 anos, e destes, 267 possuem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), e 88 são portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Este estudo tem como cenário a comunidade de Vila São Paulo, pertencente ao município de Santa Luzia, Estado do Maranhão. Trata-se de um Projeto de Intervenção voltado para o melhor cuidado ao hipertenso atendido na UBSF Vila São Paulo. Na referida comunidade verifica-se que aproximadamente 40% dos hipertensos adscritos mantém alterações dos níveis pressóricos, e persistência em hábitos de vida deletérios, sendo este o problema selecionado para estruturação de um Plano de Intervenção.

O objetivo geral do estudo foi propor um plano operativo visando melhorar o cuidado a pacientes hipertensos atendidos na UBSF Vila São Paulo, no município de Santa Luzia - MA.

Foram propostos ainda os objetivos específicos: identificar os usuários hipertensos que cursam com alterações dos níveis pressóricos e má adesão ao tratamento; Propor Projeto Terapêutico Singular aos usuários hipertensos com baixa adesão ao tratamento; Estabelecer instrumentos que auxiliem na gestão da clínica de usuários hipertensos como cartão do hipertenso e prescrição pictográfica; Incluir nas consultas a participação do cuidador, quando se fizer necessário.

METODOLOGIA

O projeto de Intervenção descrito, foi elaborado a partir de diferentes fases: Inicialmente, foi realizada a territorialização na região adscrita a equipe ESF 1 Vila São Paulo, que integra a UBSF Vila São Paulo. Nesta fase, além de identificar a dinâmica social, cultural e de serviços presentes no local, é possível determinar o quanto estes fatores podem impactar nos problemas de saúde da população.

Para a identificação do problema foi considerado o processo de planejamento na Atenção Básica, sua natureza, seu nível organizacional, governabilidade e complexidade. Já para a priorização de um problema, é considerado a sua frequência, seu nível de importância, a disponibilidade de recursos tecnológicos e humanos no seu enfrentamento. Neste caso, além da equipe multidisciplinar da ESF 1, também há o apoio matricial da equipe do NASF-AB.

Assim, considerando os critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e recursos, a problemática central a ser enfrentada no território é: a baixa resolutividade no cuidado aos pacientes hipertensos.

Durante a elaboração da árvore de problemas, é fundamental definir os principais nós críticos que atuam como importantes determinantes para a persistência do problema e as suas complicações. São eles:

- Baixa cobertura da população hipertensa na área adscrita a UBS
- Dificuldades da adesão ao tratamento preconizado.
- Baixa taxa de controle da HAS.

Deste modo, foi possível construir a árvore de problemas, considerando os diversos aspectos envolvidos no Projeto de Intervenção (Figura 1):

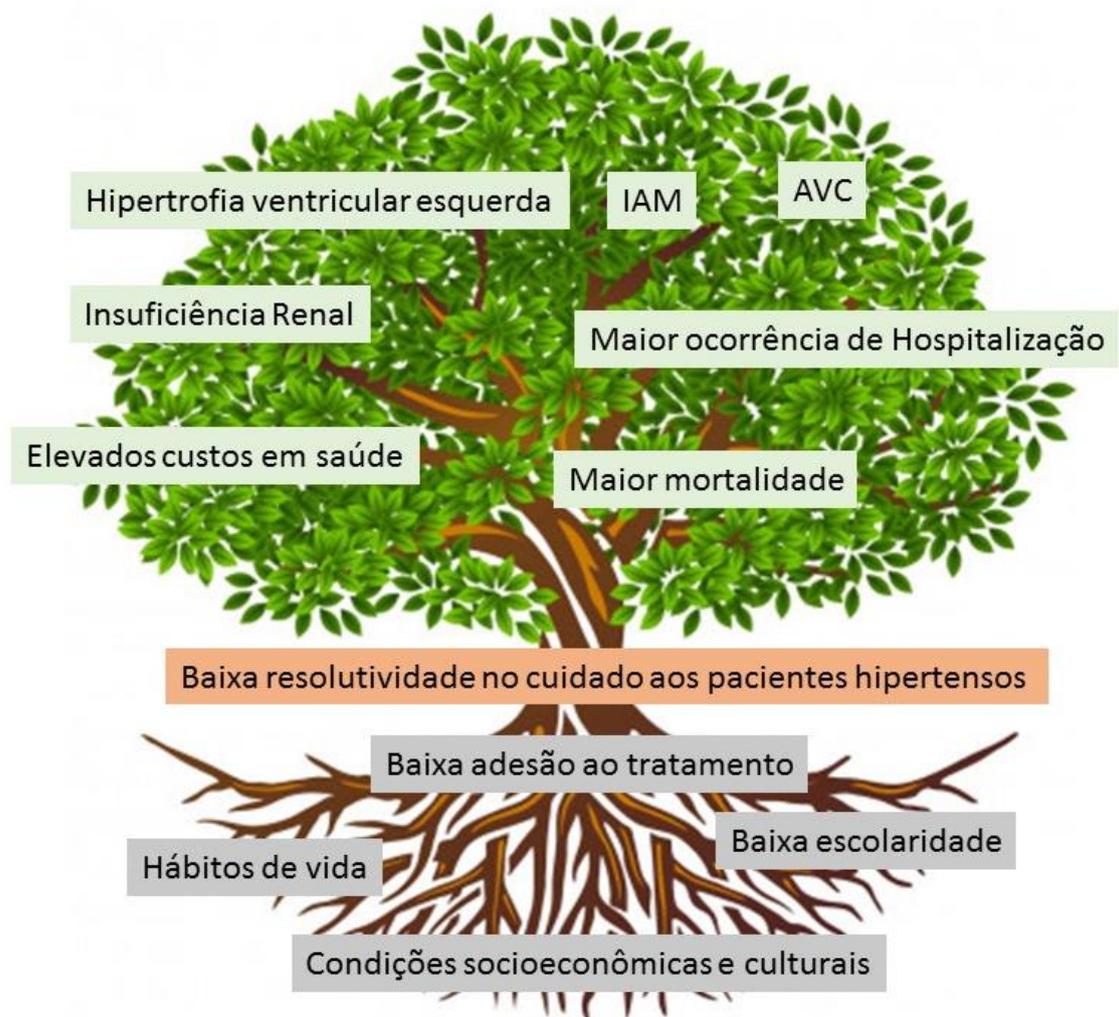


Figura 1: Árvore de problemas

Fonte: Próprio autor, 2020.

O processo de planejamento busca atuar para além da atuação no dia a dia e do atendimento as demandas. Tal como um processo dinâmico, múltiplo e complexo da saúde-doença de todo indivíduo, o planejamento de um projeto de intervenção e sua aplicação dentro de um território também o é.

Por isso, é fundamental criar aparatos para potencializar as ações, monitorar resultados, valorizando uma atuação participativa da comunidade, com autonomia, corresponsabilização e garantindo uma abordagem mais precisa/resolutiva ao problema.

RESULTADO: PLANO OPERATIVO

Quadro 1: Plano Operativo proposto

Situação	Objetivos	Metas/Prazos	Ações	Responsável
Pacientes Hipertensos	Identificar os usuários hipertensos que cursam com alteração pressórica por má adesão ao tratamento	Cadastrar 100% da população / Prazo estabelecido: 01 mês	Busca ativa; cadastro e atualização do cadastro da população hipertensa.	Todos os profissionais de saúde atuantes na UBSF.
	Propor Projeto Terapêutico Singular aos usuários hipertensos com baixa adesão ao tratamento.	Monitorar todos os pacientes diagnosticados com HAS e identificar casos de baixa adesão e os fatores envolvidos. / Prazo estabelecido: de 02 meses	Visita domiciliar, consultas com médica e/ou enfermeira.	Equipe da UBSF e profissionais do NASF-AB.
	Estabelecer instrumentos que auxiliem na gestão da clínica de usuários hipertensos como cartão do hipertenso e prescrição pictográfica	Identificar 100% dos pacientes que apresentam dificuldades na adesão ao tratamento medicamentoso e que pode ser explicada pela baixa escolaridade ou falta de compreensão da terapêutica. / Prazo estabelecido: 02 meses	Consultas, elaboração e orientação da prescrição pictográfica; elaboração e distribuição do cartão do hipertenso.	Médico e/ou enfermeira da UBSF.

Fonte: Próprio autor, 2020.

Para que as ações desenvolvidas sejam avaliadas e aperfeiçoadas na prática, é fundamental propor métodos para a avaliação dos resultados obtidos. A fim de unificar os indicadores para facilitar a abordagem dos pacientes e propor medidas de controle, o cartão do hipertenso será utilizado como indicador único para avaliação e monitoramento das ações propostas.

Deste modo, as medidas pressóricas dos pacientes que cursam com alteração pressão arterial por má adesão e que estão utilizando a prescrição pictográfica e/ou que estão seguindo o Planejamento Terapêutico Singular.

O valor de referência da meta a ser alcançada deverá ser pactuada entre profissional e usuário e os parâmetros para avaliação inclui:

- Na meta
- Abaixo da meta
- Muito abaixo da meta

DISCUSSÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se caracterizam por lenta progressão, cronicidade do quadro, etiologia multifatorial, origem não infecciosa, e por desencadarem elevado comprometimento funcional nos indivíduos acometidos. As principais doenças pertencentes ao grupo são as doenças respiratórias, os cânceres, os distúrbios endócrinos e as doenças cardiovasculares (2).

Embora tenha sido constatado um declínio das DCNT no Brasil entre os anos de 2000 a 2013, conforme relatado por Malta e col., tais doenças constituem um dos grandes desafios para a saúde pública, representando no país 72% das causas de morte, e acometendo mais de 45% da população adulta (3).

Entre as DCNT, as mais prevalentes são aquelas que acometem o aparelho cardiovascular, com destaque para a HAS (4). De um total de 17 milhões de mortes anuais devido as DCNT, cerca de 55,3% são por causa de problemas relacionados a hipertensão arterial descompensada. Somente no ano de 2008 um total de 40% dos indivíduos com idade superior a 25 anos foram diagnosticados com HAS (5).

A HAS é uma doença crônica e de lenta evolução, podendo ser caracterizada como assintomática ou com sintomas inespecíficos. Os sintomas mais alarmantes surgem quando os órgãos-alvo começam a não mais suportar as alterações que

sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Porém, essas alterações, não são precoces, surgem geralmente após mais de dez anos de presença da doença (6).

Nas últimas décadas, o Brasil sofreu importantes mudanças estruturais com o processo de urbanização e globalização. Essas impactaram diretamente na sua estrutura populacional e nos padrões de morbimortalidade (7). As taxas de mortalidade e natalidade e o aumento da longevidade da população sofreram quedas. Dessa forma, o perfil epidemiológico da população tem sido alterado com redução das doenças agudas, que cursam rapidamente, e aumento da prevalência das doenças crônicas, bem como de suas complicações (8).

Os aspectos relacionados ao desencadeamento da HAS permeiam os fatores genéticos, sociodemográficos, ocupacionais e as variáveis de hábitos de vida. A HAS é, portanto, um importante indicador de saúde (9). Em relação ao controle adequado da HAS, considera-se como níveis pressóricos adequados valores menores que 140mmHg de pressão sistólica e 90mmHg de pressão diastólica. Para obtenção de tal controle torna-se essencial a associação de mudanças de estilo de vida, como instituição de uma dieta adequada, redução do sedentarismo, bem como controle de eventuais comorbidades associadas (10).

Algumas teorias tentam explicar o processo fisiopatológico da HAS associada com o processo de senescência. Da perspectiva do aparelho cardiovascular, a elevação e sustentação da pressão arterial podem ser explicadas devido a produção desenfreada de radicais livres, estresse oxidativo celular, mudanças neuronais e também endócrinas e a própria predisposição genética. A convergência de todos estes fatores atuando sobre miócitos e sobre as camadas musculares arteriais e cardíacas fazem com que o sistema ventricular e a vasculatura se torne cada vez mais rígida (11).

Todo este processo acarreta a redução da capacidade de resistir aos estresses oxidativos e diminuem a complacência arterial. Isto porque, as alterações que ocorrem na dinâmica do estiramento da parede das artérias, a associação com biomarcadores e marcadores inflamatórios, como a Proteína C Reativa, contribuem de forma significativa para substâncias pró-aterogênicas. Ademais, substâncias como a adiponectina, importante proteína responsável pelo metabolismo da glicose está também em níveis reduzidos, contribuindo também para a elevação de complicações cardiovasculares (11).

O sedentarismo e a obesidade são alguns dos principais fatores que contribuem para o descontrole dos níveis pressóricos. Há ainda a nutrição inadequada, especialmente de alimentos concentrados em sódio, gorduras e carboidratos. Ademais,

é mister salientar que, a elevação da prevalência da HAS não depende somente de fatores sociais e econômicos, mas depende também do tempo em que o indivíduo está exposto a estes fatores (12).

Desta forma, ao se propor ações para prevenção e controle do quadro hipertensivo torna-se fundamental intervir de modo a promover a adoção de hábitos saudáveis, e a correta adesão ao tratamento pelos indivíduos acometidos. Neste sentido, a Atenção Básica, configura-se como importante instrumento para melhorar o acesso a integralidade do cuidado, permitindo a abordagem mais eficiente do problema (13).

CONCLUSÃO

A hipertensão é uma doença crônica de início insidioso, de caráter multifatorial e grande prevalência entre a população brasileira, principalmente entre idosos. A baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo se apresenta como um grave problema identificado no território em estudo, uma vez que as complicações ocasionadas podem levar a maior morbimortalidade, perda de independência, autonomia e piora significativa da qualidade de vida.

A construção de um projeto de Intervenção que valoriza a multiplicidade de fatores envolvidos no adoecimento e nas dificuldades individuais no usuário para uma adesão a terapêutica, se apresenta como instrumento potencializador do cuidado e fortalecedor da atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Cidades e Estados: Santa Luzia - MA. Dados Estatísticos. Brasília: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2020.
2. Sato TdO, Fermiano NTC, Batistão MV, Moccellini AS, Driusso , Mascarenhas SH. Doenças Crônicas não Transmissíveis em Usuários de Unidades de Saúde da Família -Prevalência, Perfil Demográfico, Utilização de Serviços de Saúde e Necessidades Clínicas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2017: p. 35-42.
3. Malta DC, Andrade SSCdA, Oliveira TP, Moura Ld, Prado RRd, Souza MdFMd. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Rev. bras. epidemiol. 2019 Dezembro: p. 1-13.

4. Radovanovic CAT, Santos LAd, Carvalho MDdB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014: p. 547-553.
5. Lobo LAC, Canuto , Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017 Julho: p. e00035316.
6. Perdigon JLA. Controle de risco para diminuir complicações da hipertensão arterial sistêmica na UBS Ana Claro de Sousa, Prados, MG. Monografia de Pós-Graduação. Juiz de Fora : Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família; 2016.
7. Miranda GMD, Mendes AdCG, Silva ALAd. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol.. 2016 Maio/Junho: p. 507-519.
8. Moreira HG, Avezum Jr. Á. Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil. In Santos ESd, Trindade PHDM, Moreira HG. Tratado Dante Pazzanese de emergências cardiovasculares. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 1-10.
9. Silva CCS, Lira ALBdC, Feijão AR, Costa IKF, Medeiros SMd. Burnout e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Esc. Anna Nery. 2017 Abril.
10. Firmo JOA, Mambrini JVdM, Peixoto SV, Loyola Filho Ald, Souza Junior PRBd, Andrade FBd, et al. Controle da hipertensão arterial entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. Rev. Saúde Pública. 2018: p. 1-11.
11. Mikael LdR, Paiva AMGd, Gomes MM, Sousa ALL, Jardim PCBV, Vitorino PVdO, et al. Envelhecimento Vascular e Rigidez Arterial. Arq. Bras. Cardiol.. 2017 Junho: p. 253-258.
12. Mariosa DF, Ferraz RRN, Santos-Silva ENd. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2018: p. 1425-1436.
13. Engela MHT, Rodarte AC, Rotondaro Júnior A, Seixas CT, Viegas SMdF, Lanza FM. Use of health technology in primary health care in approach to hypertension. J. res.: fundam. care. online. 2018 Janeiro/Março: p. 75-84.