

DESAFIOS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HIPERTENSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMÍLIA DO CENTRO II, NO MUNICÍPIO DE PARNARAMA – MA

CHALLENGES OF THE SYSTEMATIZATION OF HYPERTENSIVE PATIENT CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY OF CENTER II, IN THE MUNICIPALITY OF PARNARAMA – MA

Rúbia Fernanda Santos Lima¹

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes²

¹*Autor-correspondente: Médica. Pós-graduanda em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde Centro II no município de Parnarama do Maranhão. E-mail: rubialima2802@gmail.com*

²*Orientadora: Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Departamento Materno-Infantil, UFPI. Endereço para contato: Rua Desembargador Pires de Castro, 260-centroContato: (86) 3221-6319. E-mail: ione.gin@hotmail.com*

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis têm crescido no país tanto na incidência como na prevalência, nos últimos anos. No município de Parnarama merecem destaques as cardiovasculares, endocrinológicas como: hipertensão arterial, diabetes, obesidade. Para a seleção do problema a ser trabalhado pela equipe foi feita uma priorização tendo como fundamento a capacidade de enfrentamento que a equipe de saúde da família tem sobre o mesmo. Este trabalho tem como objetivo propor um plano de ação para melhorar o acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Centro II do município de Parnarama – Maranhão. Espera-se, portanto, após a realização desse projeto de intervenção, alcançar melhorias no acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Centro II em Parnarama-MA.

Descritores: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estratégia Saúde da Família. Fator de risco

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases have grown in the country both in terms of incidence and prevalence in recent years. In the municipality of Parnarama, cardiovascular and endocrinological aspects such as: arterial hypertension, diabetes, obesity deserve to be highlighted. For the selection of the problem to be worked on by

the team, a prioritization was made based on the coping capacity that the family health team has on it. This work aims to propose an action plan to improve the monitoring of patients with Systemic Arterial Hypertension registered in the coverage area of the Basic Health Unit Centro II in the municipality of Parnarama - Maranhão. It is expected, therefore, after the completion of this intervention project, to achieve improvements in the monitoring of patients with Systemic Arterial Hypertension in the Basic Health Unit Centro II in Parnarama-MA.

Descriptors: Chronic Noncommunicable Diseases. Family Health Strategy. Risk factor

INTRODUÇÃO

Breves informações sobre o município de Parnarama

Parnarama é um dos 217 municípios que constitui o estado do Maranhão; foi criado por força da Lei no 128 de 17 de setembro de 1948, que autorizava a mudança da sede do município de São José dos Matões para um outro local às margens do rio Parnaíba, local este idealizado pelo então prefeito Lauro Barbosa Ribeiro para facilitar a comunicação e o comércio com Teresina, capital do estado do Piauí, centro polarizador mais próximo. ⁽¹⁾

O sistema municipal de saúde

O município possui 14 equipes da Estratégia Saúde da Família apresentando uma cobertura de 67% da população.

O município possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por: psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo e fisioterapeuta. Por outro lado, existe uma unidade hospitalar e uma policlínica, mas possui um sistema inoperante de referência e contra referência, prejudicando severamente o fluxo de pacientes e informações entre os serviços, dificultando a implantação das redes de atenção à saúde, contribuindo para os agravos das doenças.

Parnarama possui 19.403 usuários cadastrados no e-sus distribuídos nas áreas de abrangência das UBS, desse quantitativo 9.926 são do sexo feminino e 9.477 são do sexo masculino, 4.666 usuários possuem algumas doenças crônicas não transmissíveis, entre hipertensão, diabetes, câncer, problemas de saúde mental e uso de álcool. Os hipertensos são 1.986 e os pacientes diabéticos correspondem a 595 usuários.

A equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Centro II a qual faço parte está localizada no centro da cidade e é constituída por um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista, seis agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista. A unidade de saúde da família funciona dentro de um espaço de policlínica que possui alguns serviços especializados, como: cardiologia, ginecologia, ortopedia e otorrinolaringologia.

As reuniões com a população (os grupos operativos) são realizadas na sala de reunião, sendo assim é um espaço acessível à comunidade da área de abrangência da UBS e quando existe a necessidade de realizar ações de grande porte temos solicitamos o pátio de escolas ou igrejas próximas a UBS.

Outros fatores podem dificultar a implantação e implementação de estratégias de promoção da saúde, prevenção e controle da HAS no Brasil, a exemplo das barreiras culturais, estilo de vida sedentário, fragmentação da estrutura organizacional e física dos serviços de saúde, recursos humanos e materiais insuficientes, falhas nos sistemas de informação, deficiência de cobertura da ESF, entre outros. ⁽²⁾

Um dos maiores desafios da ESF é vincular esses pacientes a uma assistência sistematizada e promoção da saúde do mesmo. Com a falta de estrutura adequada na atenção primária da saúde existe uma dificuldade na sistematização da assistência individualizada, onde se faz importante e necessário realizar uma estratificação de risco, prescrições medicamentosas junto com a avaliação mensal, acompanhamento com nutricionistas, melhorar a adesão ao tratamento, solicitação de exames, controle pressóricos, agendamento de retorno de consultas mensal.

Foi então proposto esse projeto de intervenção, tendo como objetivo geral, Desenvolver estratégias para assistência sistematizada às pessoas com hipertensão arterial (HAS) na Unidade de Saúde Centro II em Parnarama-MA e como objetivos específicos: Caracterizar a população de hipertensos cadastradas no Centro II do município de Parnarama-MA, por sexo e faixa etária; Identificar as ações de atenção primária à saúde ofertadas às pessoas com hipertensão arterial pela equipe de saúde da família centro II no município de Parnarama – MA; e propor uma agenda programática para os portadores Hipertensão Arterial Sistêmica na equipe de saúde da família centro II no município de Parnarama-MA.

METODOLOGIA

Identificação, explicação e análise do problema

O presente estudo desenvolveu-se após a verificação da expressiva dificuldade de uma assistência sistematizada aos pacientes Hipertensos na Unidade Básica de Saúde da Família Centro II. Após a identificação da situação problema, iniciou-se uma vasta pesquisa em várias fontes (livros, protocolos ministeriais, internet, artigos científicos) acerca dos principais fatores envolvidos com a HAS e posteriormente foi desenvolvido um plano operativo com metas e ações pré-estabelecidas com o objetivo de colaborar para uma assistência mais resolutiva aos pacientes portadores de HAS no município.

O problema priorizado para a implementação deste projeto de intervenção corresponde ao comportamento de risco da população para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e descontrole e agravos devido à falta de adesão ao tratamento. Dessa forma, se faz necessário à implementação de ações educativas e assistenciais em saúde que viabilizem a conscientização da população para a prevenção e ainda a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para manter o controle deste agravo.

A ausência de uma assistência sistematizada ao portador de HAS associada a dificuldade de adesão ao tratamento pelos mesmos resulta no uso satisfatório de medicações, orientações alimentares inadequadas a sua patologia, gerando complicações no seu tratamento e uma descompensação dos mesmos.

Diante dessa problemática reconhecemos que é de grande importância desenvolver um trabalho de intervenção em saúde voltado para a implantação de uma assistência sistematizada ao portador de Hipertensão Arterial na comunidade da área adscrita da Unidade Básica de Saúde Centro II, no município de Parnarama-MA com o envolvimento da equipe multiprofissional.

Relacionam-se então os seguintes nós críticos (NC) que embasam a escolha para a realização do projeto de intervenção:

NC1: falta de orientações para adesão dos pacientes Hipertensos ao âmbito das consultas médicas regulares;

NC2: ausência de ações educativas sobre o tema na Estratégia Saúde da Família;

NC3: Dificuldade da aceitação dos pacientes em realizar acompanhamento sistematizado.

DISCUSSÃO

No decorrer de vários anos o curso natural das doenças sofreu uma série de modificações. Nesse processo, como efeito da transição epidemiológica, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm ganharam um papel de destaque como uma problemática para a saúde pública mundial. Tais doenças são a principal causa de morte em todo mundo e, além disso, são responsáveis pelo aumento da mortalidade prematura, geram incapacidades físicas e limitações, diminuição da qualidade de vida, até mesmo sobrecarga nos sistemas de saúde. ^(3,4)

Dentre as principais DCNT é importante considerar as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias. ^(5,6,7,8)

As DCNT, individualmente, são capazes de gerar várias alterações fisiológicas levando a uma sobrecarga nos sistemas corporais acometidos, debilitando assim o estado de saúde dos indivíduos podendo favorecer o aparecimento de outras patologias e/ou comorbidades. ^(9,10)

Estudos realizados em alguns países como Estados Unidos e Canadá retrataram, respectivamente, 26,0% e 12,9% da população adulta com dois ou mais diagnósticos de DCNT no período entre 2014 e 2015.^(11,12) Já no Brasil, DCNT foram responsáveis por 74% das mortes gerais e 17% das mortes precoces registradas no ano de 2020⁴. Esses dados, reflexo das elevadas prevalências dessas doenças, atribuem-se à transição epidemiológica que fora supracitada.

Por se tratar de uma condição muitas vezes assintomática, a HAS costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Além disso, possui associação significativa aos fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes mellitus (DM). ^(13,14,15,16,17,18)

O impacto da hipertensão sobre a Qualidade de Vida (QV) pode ser atribuído, em parte, à prescrição de drogas anti-hipertensivas, como relataram outros estudos, uma associação entre um bom controle da HAS com tratamento e uma melhoria da QV ⁽¹⁹⁾. Entretanto ainda não está claro que essas mudanças na qualidade de vida são

causadas somente pela hipertensão, pela consciência do estado hipertensivo ou pelo efeito do tratamento. São poucos os estudos na literatura que avaliam a QV em pacientes hipertensos.

Deve-se estar atento para algumas possibilidades de causa secundária de hipertensão arterial para as quais um exame clínico bem conduzido pode ser decisivo.

Nesse contexto, a ESF exerce papel de fundamental importância, pois por meio das suas ações e formas de organizar o processo de trabalho, deve realizar o acompanhamento dos hipertensos através das consultas mensais, por profissional médico ou enfermeiro, com aferição do peso, pressão arterial, orientações e prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promovendo assim o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento instituído. ⁽²⁰⁾

Mesmo com o fluxo organizacional assistencial já consolidado da APS, onde considera-se as metas terapêuticas de acordo com o perfil de risco cardiovascular e de cobertura da população adscrita pelas equipes da ESF, ainda se observa uma fragmentação de acompanhamento desses pacientes por essas equipes, caracterizado principalmente pelo baixo percentual de adesão. ⁽²¹⁾

Nesse sentido, para que a avaliação e o controle dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos sejam mais efetivos e resolutivos é necessário um maior empenho e comprometimento por parte dos profissionais e gestores da APS, considerando principalmente o de trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Ainda assim, é importante destacar que essa operacionalização consiste em desafio presente no dia a dia dos serviços de saúde, que é reflexo das distintas formas de disputa de interesse e compreensão das formas de gerir o sistema e colocar o usuário protagonista no contexto da atenção à saúde. ⁽²²⁾

Busca-se, ainda, a autonomia dos sujeitos no seu modo de viver e caminhar, autonomizando o usuário, provendo informações, suporte, que possam favorecer as suas escolhas responsáveis, que garantam maior qualidade de vida e independência dos atos de saúde. ⁽¹⁹⁾

PLANO OPERATIVO

PROBLEMA IDENTIFICADO	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Falta de orientações para os pacientes no âmbito do uso correto de medicamentos.	Aumentar o nível de informação da população sobre sua patologia.	Fortalecer as ações e estratégias sobre a importância do tratamento medicamentoso adequado PRAZO: 60 dias	Atividades com orientações sobre o uso correto dos medicamentos Criação de uma caderneta para orientações de horários do uso de medicações	Equipe Multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Centro II.
Ausência de ações educativas sobre o tema na Estratégia Saúde da Família.	Oferecer orientações e informações em sala de espera, palestras, projeto de melhoria na qualidade de vida, com incentivo a mudanças de hábitos alimentares e incentivo a atividades física.	Fortalecer as ações e estratégias sobre a importância da adesão a hábitos saudáveis para maior qualidade de vida PRAZO: 60 dias	Realização de Atividades educativas para pacientes e familiares sobre hábitos saudáveis.	Equipe Multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Centro II.
Dificuldade da aceitação dos pacientes em realizar acompanhamento sistematizado.	Realizar ações junto à comunidade, grupos, sala de espera, rodas de conversas sobre o estímulo de um estilo de vida saudável e os riscos e malefício, sem a devida avaliação de uma equipe multidisciplinar. Implantar agenda programática para atendimento aos portadores de HAS na UBS Centro II	Fortalecer as ações e estratégias sobre a importância do acompanhamento multidisciplinar PRAZO: 60 dias	Atividades educativas em saúde para orientar os pacientes dos riscos do acompanhamento inadequado. Promoção de Atendimento sistematizado o portador de HAS na UBS Centro II	Equipe Multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Centro II.
Falta de conhecimento do perfil dos	Caracterizar a população de hipertensos	Realizar ações de acordo com perfil da população	Identificação do perfil da população com diagnóstico de	Equipe Multiprofissional da Unidade

portadores de Hipertensão Arterial pela equipe de saúde da família do centro II	cadastradas no Centro II do município de Parnarama-MA, por sexo e faixa etária;	Prazo: 60 dias	HAS na área adscrita da ESF do Centro II	Básica de Saúde Centro II.
--	---	----------------	--	----------------------------

Na elaboração do plano de intervenção foi realizada uma reunião com toda equipe junto com um representante da gestão municipal de saúde, onde foram diagnosticados os problemas e as dificuldades que a equipe encontrou. Após a identificação dos problemas foi relacionado uma ordem de prioridade para resolução dos mesmos, onde serão avaliados de acordo com o plano de intervenção proposto.

5 CONCLUSÃO

Espera-se que o Plano Operativo possa colaborar com a equipe multiprofissional e a comunidade a ter uma visão ampliada sobre a Hipertensão Arterial, sobre o uso correto de medicamentos, a importância do tratamento e a mudança no estilo de vida para melhorar o controle de sua patologia.

A incorporação desses novos conhecimentos e estratégias no processo de trabalho da equipe de saúde da família para o enfrentamento das DCNT poderá colaborar com melhores resultados no controle da Hipertensão Arterial na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- [1] Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Parnarama, PNUD, IPEA, Brasília, 2003.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- [3] Malta DC, Silva MMA, Moura L, Moraes Neto O. implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. Rev Bras Epidemiol; v.20, n.4, p:661-675, 2017.

[4] Organização Mundial da Saúde (OMS). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=CC05322BD984F039B84D717FF29E96D8?sequence=1

[5] Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

[6] Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

[7] Xavier HT. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras. Cardiol. v.101, n.4, p:1-20, 2013.

[8] Theme Filha MM, Souza Junior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. Bras. Epidemiol; v.18 (Supl. 2), p:83-96, 2015.

[9] Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública [Internet]. v.46, n.1, p:126-34, 2012. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf> doi: 10.1590/S0034-89102012000700017

[10] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
OMS, 2020

[11] Ward BW, Schiller JS, Goodman RA. Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. Prev Chronic Dis [Internet]. v.11, n.1:E62, 2014. Disponível em: Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992293/>

[12] Roberts KC, KC Roberts , DP Rao , TL Bennett , L Loukine , GC Jayaraman. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. Health Promot Chronic Dis Prev Can [Internet]. v.35, n.6, p:87-94, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910465/>

[13] Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L *et al.* Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990–2015. JAMA; v. 317, n.2, p:165-82, 2017.

[14] Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Whelton PK. Prevention and Control of Hypertension. JACC Health Promotion Series. J Am Coll Cardiol.; v.71, n.19, p: 2199-269, 2018.

- [15] Anderson AH, Yang W, Townsend RR, Pan Q, Chertow GM, Kusek JW *et al.* Time-updated systolic blood pressure and the progression of chronic kidney disease: a cohort study. *Ann. Intern. Med.*; v.162, n.4, p: 258-65, 2015.
- [16] Whelton PK *et al.* Guideline for Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol.*; v. 201, 2019.
- [17] Précoma DB, Oliveira GMM. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* v.113, n.4, p:787-891, 2019.
- [18] Arnett DK *et al.* Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *JACC*; v.74, n.10, p:177-232, 2019.
- [19] Malta DC, MERHY EE. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.
- [20] Dantas RCO, Roncalli AG. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 295-306, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35362016>.
- [21] Malfatti CRM, Assunção AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Cienc. Saúde Coletiva* [Internet]. (Supl1):1383-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a73v16s1.pdf> Acesso em: 02 Dez. 2020.
- [22] Matumoto S, Vieira KCS, Pereira MJB, Santos CB, Fortuna CM, Mishima SM. Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v. 20, n. 4, 2012.