

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LÍDIA MARIA OLIVEIRA DO VALE

**INOVAÇÃO NA METODOLOGIA APLICADA A UM PROGRAMA DE AÇÃO
TERAPÊUTICA PARA PACIENTES HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE TERESINA/PI**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LÍDIA MARIA OLIVEIRA DO VALE

**INOVAÇÃO NA METODOLOGIA APLICADA A UM PROGRAMA DE AÇÃO
TERAPÊUTICA PARA PACIENTES HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TERESINA/PI**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Miriam Lopes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **INOVAÇÃO NA METODOLOGIA APLICADA A UM PROGRAMA DE AÇÃO TERAPÊUTICA PARA PACIENTES HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TERESINA/PI** de autoria da aluna **LÍDIA MARIA OLIVEIRA DO VALE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Profa. MSc. Miriam Lopes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos aqueles que se empenharam
a fim de melhorar a qualidade de vida de cada indivíduo.*

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força e coragem de vontade de enfrentar mais uma meta em minha vida, superando os desafios e as dificuldades para começar minha grande caminhada.

Aos meus professores pela preocupação em socializar o saber.

Aos meus companheiros de trabalho e pacientes pelo crescimento e construção coletiva do saber nesta caminhada de aprendizagem contínua.

LISTA DE SIGLAS

DCV – Doenças cardiovasculares

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

HAS – Hipertensão arterial Sistêmica

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de assistência à Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico Ampliado

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo geral.....	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
4.1 Hipertensão arterial.....	12
4.2 Hipertensão arterial: prevenção e tratamento.....	13
4.3 Políticas públicas do ministério da saúde para o atendimento aos hipertensos	16
5 MÉTODO.....	17
5.1 Local	17
5.2 Sujeitos.....	18
5.3 Planos de ação desenvolvidos.....	19
6 RESULTADO.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICE.....	24

RESUMO

O controle da Hipertensão Arterial está diretamente ligado ao grau de adesão do paciente a determinado tratamento terapêutico. Este trabalho relata a necessidade de inovar na metodologia aplicada a um programa de ação terapêutica para pacientes hipertensos em uma Unidade Básica de saúde no município de Teresina-PI, uma vez que este já havia sido implantado nesta unidade de saúde, mas precisava de uma renovação. Foram cadastrados 470 hipertensos, no qual participaram 140 com diagnóstico de hipertensão arterial, que foram acompanhados pelo programa num período de cinco meses, onde foram desenvolvidas inúmeras atividades desde o acompanhamento periódico através do registro da pressão arterial, das consultas, dos medicamentos, além de palestras educativas, acompanhamento com nutricionista, educador físico. Também se elaborou um cartão para que se registrassem as informações do acompanhamento do paciente neste no processo de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes pacientes, esclarecendo-lhes sobre a importância desse programa para manterem-se num nível de vida equilibrada e saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica; Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo por associar-se ao surgimento de outras doenças que afetam de forma negativa a qualidade de vida de um paciente hipertenso, cuja prevalência varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos no país (BRASIL, 2013).

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2006 estima-se que o Brasil possua cerca de 17 milhões de pessoas portadoras de hipertensão arterial. Outro ponto levantado pelo estudo é que 35% dos pacientes estão na faixa etária dos 40 anos de idade. Embora o número seja considerável o Ministério da Saúde ressalta também que o aparecimento da doença está cada vez mais precoce (BRASIL, 2006).

A hipertensão é considerada hoje como uma das principais causas de morte no mundo. Conhecida também como pressão alta é conceituada pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) uma síndrome que se caracteriza pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular.

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo também considerado o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006). Esta doença atinge cerca de 25% da população mundial, com estimativa de 60% dos casos da doença em 2025, impactando na morbi-mortalidade das populações, além da HAS associar-se à altos custos socioeconômicos (FERREIRA et al., 2009).

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, entre mortes por acidente vascular encefálico e por doença isquêmica do coração, ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (SANTOS; LIMA, 2008; BRASIL, 2013).

No Brasil, apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte, pois entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença

cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (BRASIL, 2013).

Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2013).

Outros fatores de risco cardiovascular comumente se associam à HAS, como obesidade e distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios. Outros, ainda, podem estar causalmente associados à elevação dos níveis pressóricos, como alimentação inadequada, excesso de sal, consumo abusivo de álcool, inatividade física, excesso de peso e tabagismo (SANTOS; LIMA, 2008; FERREIRA et al., 2009). Com base nesse conhecimento, mudanças no estilo de vida têm sido indicadas na prevenção e tratamento da HAS (FERREIRA et al., 2009).

Mas, apesar da HAS apresentar alta prevalência, possui baixas taxas de controle. Estudos nos mais diferentes países considerados top na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos verificou-se que 15,7% dos pacientes que realizam tratamento, não têm a HAS controlada. Essa importante melhoria no diagnóstico e no tratamento das pessoas com hipertensão é atribuída à implementação de um sistema de saúde baseado na Atenção Básica e à um programa de educação permanente dirigido aos profissionais da Atenção Básica. E, mesmo com a melhoria dos indicadores, os autores salientam que há muito a ser feito e descoberto em relação ao controle e à promoção da saúde de pessoas com HAS, já que um terço desta população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada (BRASIL, 2013).

A realidade revelada no estudo suscita muitas questões relacionadas à hipertensão principalmente em relação ao tratamento. Embora tenhamos grandes avanços no tratamento dos pacientes como: diagnóstico precoce, o emprego de uma terapia com medicamentos, ações educativas para as mudanças do estilo de vida dos pacientes ainda observa-se ainda muitas dificuldades referentes à adesão dos pacientes ao tratamento. A adesão ao tratamento está relacionada à conduta do paciente como também atenção dos serviços de saúde. Sobre essa questão, Horwitz e Howitz (*apud* SILVA, 2010) a adesão é expressa pelo comportamento dos

pacientes em tomar os medicamentos, aceitar a orientação da dieta, comparecer as consultas médicas e apresentarem mudanças no estilo de vida.

Diante dessa assertiva observamos que existia uma pequena adesão ao tratamento por parte dos hipertensos acompanhados pela Unidade de Saúde do Bairro Real Copagre. A partir dessa constatação iniciamos a observação aos fatores que poderiam estar causando a baixa adesão dos pacientes hipertensos e levantamos a seguinte problemática: Como inovar no tratamento oferecido aos hipertensos na Unidade de Saúde do bairro Real Copagre do município de Teresina/PI?

Para isso desenvolveu-se um projeto de intervenção com o intuito de recadastrar e acompanhar os usuários hipertensos de uma forma diferenciada e inovada, permitindo que os pacientes participassem desse programa de forma espontânea sem que se sentissem pressionados, mas sim, valorizados e acolhidos.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho surgiu a partir da necessidade de rever a metodologia aplicada à um programa de hipertensos à uma equipe de saúde no programa de ESF, uma ação terapêutica, com a finalidade de inovar no tratamento desses pacientes que já apresentam esse quadro patológico. O atendimento a esses pacientes tem se tornado às vezes cansativo, monótono, por isso pensou-se numa inovação no atendimento a esses pacientes com o intuito de permitir que estes realmente participem do programa e sintam-se ao mesmo tempo valorizados com essa assistência dada aos mesmos, mas de forma realmente organizada com um atendimento individual, diferenciado e de qualidade.

Portanto, não se trata de uma nova modalidade assistencial, uma vez que este programa já existe, o que houve foi uma adequação, remodelagem na maneira como o programa era abordado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência da promoção do recadastramento dos pacientes em tratamento com medicamentos anti-hipertensivos por meio do acompanhamento na Unidade de Saúde da Família Real Copagre, município de Teresina/PI.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar usuários com dificuldade de adesão ao tratamento com medicamentos anti-hipertensivo da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Real Copagre, no município de Teresina-PI;

Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com o caderno de atenção básica, do Ministério da Saúde:

Hipertensão Arterial é o termo médico para pressão alta. Ela faz parte da vida de muita gente, jovens ou velhos. A hipertensão arterial é uma doença bastante comum. Para se ter ideia de sua importância, de cada dez pessoas adultas, aproximadamente duas têm pressão alta. É uma doença crônica, ou seja, que não tem cura e que vai aos poucos, silenciosamente, danificando órgãos importantes do nosso organismo, como: coração, rins e cérebro. Com o tempo, provoca insuficiência cardíaca, angina, infarto, derrame cerebral e insuficiência renal, podendo até levar à morte (BRASIL, 2006, p.7).

No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial pode ser classificada como primária ou secundária. Na hipertensão arterial primária não se consegue determinar uma causa específica para o seu aparecimento. Já na hipertensão arterial secundária é possível se diagnosticar um fator específico para o seu surgimento, por exemplo, a hipertensão arterial na gravidez. Essa patologia possui alguns fatores de riscos que, segundo Luna (1989), são incontroláveis, independente e dependentes. Os fatores incontroláveis são aqueles que estão relacionados a fatores genéticos como: idade, raça, sexo e herança; os independentes são aqueles que não estão sob o controle dos profissionais como: o tabagismo, a hiperlipidemia, o alcoolismo e diabetes e os dependentes são aqueles que podem ser influenciados como: o sedentarismo, stress.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (SANTOS; LIMA, 2008; BRASIL, 2006). Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o

mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2006; 2013).

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabete, 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).

4.2 Hipertensão arterial: prevenção e tratamento

A cartilha ABC da saúde (2014) descreve que: A hipertensão arterial é um dos problemas médicos mais comuns da população mundial. É muito sério, porque é silencioso e só reconhecido pelas lesões dos órgãos atingidos. É uma doença vascular de todo o organismo e deixa "marcas" nos órgãos atingidos: coração, cérebro, rins, vasos e visão.

Há duas formas de tratamento: sem e com medicamentos.

O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão, e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações nas atitudes e formas de viver. Estas atitudes também estão descritas nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), são elas:

- Reduzir o peso corporal através de dieta calórica controlada: substituir as gorduras animais por óleos vegetais,
- Diminuir os açúcares e aumentar a ingestão de fibras
- Reduzir o sal de cozinha, embutidos, enlatados, conservas, bacalhau, charque e queijos salgados
- Reduzir o consumo de álcool

- Exercitar-se regularmente 30-45 minutos, de três a cinco vezes por semana
- Abandonar o tabagismo
- Controlar as alterações das gorduras sanguíneas (dislipemias), evitando os alimentos que aumentam os triglicerídeos como os açúcares, mel, melado, rapadura, álcool e os ricos em colesterol ou gorduras saturadas: banha, torresmo, leite integral, manteiga, creme de leite, lingüiça, salame, presunto, frituras, frutos do mar, miúdos, pele de frango, dobradinha, mocotó, gema de ovo, carne gorda, azeite de dendê, castanha, amendoins, chocolate e sorvetes
- Controlar o estresse
- Reduzir o sal é muito importante para os hipertensos da raça negra, pois neles a hipertensão arterial é mais severa e provoca mais acidentes cardiovasculares, necessitando controles médicos constantes e periódicos
- Evitar drogas que elevam a pressão arterial: anticoncepcionais, antiinflamatórios, moderadores de apetite, descongestionantes nasais, antidepressivos, corticóides, derivados da ergotamina, estimulantes (anfetaminas), cafeína, cocaína e outros.

Segundo Castro (1999) há vários fatores que vem contribuindo para agravar a situação de pacientes que não realizam o seguimento das recomendações terapêuticas. O tratamento medicamentoso visa reduzir as doenças cardiovasculares e a mortalidade dos pacientes hipertensos. Até o momento, a redução das doenças e da mortalidade em pacientes com hipertensão leve e moderada foi demonstrada de forma convincente com o uso de medicamentos rotineiros do mercado. Na hipertensão severa e/ou maligna, as dificuldades terapêuticas são bem maiores. A escolha correta do medicamento para tratar a hipertensão é uma tarefa do médico.

De acordo com Lessa (2001), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 internações/ano no Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo aproximado de 457 milhões de reais para os cofres públicos, sem incluir os gastos com procedimentos de alta complexidade.

Na hipertensão arterial primária ou essencial, o tratamento é inespecífico e requer atenções especiais por parte do médico. A hipertensão secundária tem tratamento específico, por exemplo, cirurgia nos tumores da glândula supra-renal ou medicamentos no tratamento do hipertireoidismo.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial (PA), mas também os eventos cardiovasculares fatais não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade (Revista Brasileira de Hipertensão, 2010, p.31).

O tratamento medicamentoso deve observar os seguintes princípios:

- O medicamento deve ser eficaz por via oral e bem tolerado;
- Deve permitir o menor número de tomadas diárias;
- O tratamento deve ser iniciado com as doses menores possíveis e se necessário aumentado gradativamente ou associado a outros, com o mínimo de complicações;
- O medicamento deve ter custo compatível com as condições socioeconômicas do paciente para permitir a continuidade do tratamento.

Conforme Resende (1996), o profissional enfermeiro é um elemento central e diretivo no acompanhamento e orientações individuais aos portadores de hipertensão arterial. A consulta de Enfermagem utilizada é um instrumento em que se consegue alcançar mais facilmente o atendimento das necessidades de saúde dessa clientela e, também, uma maior adesão destes ao tratamento.

O mais sério problema no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é que ele pode ser necessário por toda a vida. Aí então o convencimento da necessidade do tratamento é muito importante para que o paciente tenha uma aderência permanente. Os controles médicos devem ser periódicos para o acerto das dosagens medicamentosas e acompanhamento da evolução da doença cardiovascular.

No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas à mudanças de comportamento, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis. Pois, a experiência da educação em saúde por meio de grupos garante ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos, e a capacitação destes sujeitos para atuarem na melhoria do seu nível de saúde favorecendo, assim, sua participação (SANTOS; LIMA, 2008).

4.3 Políticas públicas do ministério da saúde para o atendimento aos hipertensos

A partir da década de 1980, a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais, pois a comunidade passou a discutir sobre as condições de vida e as propostas governamentais apresentadas para o setor. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia. Como marcos legais dessa mudança, destacam-se a aprovação da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/905 (ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTI, 2012).

Estes mesmos autores reforçam que, no que se refere aos portadores de doenças crônicas como a hipertensão, o Ministério da Saúde, por meio de sua Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, lançou, em dezembro de 1986, as “Bases Estratégicas e Operacionais” para o Controle das Doenças Cardiovasculares (DCV). Esse documento expôs uma proposta de atuação com a abordagem do problema feita a partir de dois enfoques, o de risco e o populacional. A “estratégia populacional” seria realizado por meio de campanhas antifumo a favor da prática de exercícios físicos e da adoção de uma dieta equilibrada. Já a “estratégia de alto risco” seria realizado pela assistência médica prestada aos indivíduos de alto risco, especialmente hipertensos, com a detecção e controle dos principais fatores de risco, como fumo, obesidade, hipercolesterolemia, entre outros.

Em 1994, o Ministério da Saúde alicerçou um processo de reorganização da saúde a partir do fortalecimento da atenção básica à saúde por meio da estratégia de Saúde da Família, que articula elementos das propostas originalmente conhecidas como Sistemas Locais de Saúde/Distrito Sanitário, Programação em Saúde e Promoção à Saúde. Assim, a Saúde da Família surgiu com o papel de prover a atenção básica para toda a população de acordo com os princípios da universalidade. Para garantir a integralidade, o programa deveria ter como meta a (re) organização do sistema como um todo, prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência (ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTI, 2012).

Nos anos subsequentes, com a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02) e a implantação do Piso Assistencial Básico Ampliado (PAB), os municípios passaram a efetivar a atenção básica ampliada e as áreas estratégicas mínimas. Essas ações reforçaram a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com ênfase na integralidade da atenção e na

garantia do acesso da população aos demais níveis de complexidade do Sistema, sendo ofertadas com qualidade e suficiência a toda população (ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTI, 2012).

Os autores supracitados ressaltam que essa ampliação do conceito de saúde, o perfil epidemiológico brasileiro também vem sofrendo modificações em um processo conhecido como transição epidemiológica, caracterizado pela crescente incidência das doenças crônico-degenerativas, típicas do processo demográfico de envelhecimento e urbanização.

A hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* destacam-se entre as principais doenças crônico-degenerativas, sendo que no Brasil, aproximadamente 17 milhões de pessoas são portadoras de hipertensão arterial (HA). Estimativas da Organização Mundial de Saúde inferem que o número de portadores da HA em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025.

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica reconhecendo a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominado HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), possibilitando o desenvolvimento de ações contínuas. Essa proposta sugere que a assistência deve ir além do binômio queixa-conduta, de modo que permita identificar portadores assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo.

5 MÉTODO

Trata-se de um relato da experiência sobre uma proposta de inovação na metodologia aplicada a um programa de ação terapêutica para pacientes hipertensos em uma unidade básica de saúde no município de Teresina/PI.

5.1 LOCAL

O foi realizado na Unidade Básica de Saúde Real Copagre localizada no bairro Real Copagre em Teresina-PI, que segundo o IBGE (2014) é a capital e o município mais populoso do

estado brasileiro do Piauí. Localiza-se no Centro-Norte Piauiense a 366 km do litoral, sendo, portanto, a única capital da Região Nordeste que não se localiza às margens do Oceano Atlântico.

O programa foi desenvolvido no município de Teresina-PI, na Unidade Básica de Saúde Real Copagre, pertencente à regional centro-norte de Teresina-PI. Neste bairro há apenas essa unidade de saúde. A população de Teresina é de aproximadamente: 836.474 habitantes (IBGE, 2014) A população atendida pela unidade de saúde são cerca de 3500 pessoas. O atendimento chega a cobrir 78% dessa população. São cerca de 975 famílias cadastrados na área que fazem parte do programa de Hiperdia. Isto porque a população atendida pela unidade se divide em quatro áreas. Desses, 470 são hipertensos. Mas apenas 140 dos pacientes com diagnóstico de HAS participaram da intervenção.

O nível de atuação nesta unidade de Saúde é ambulatorial e é mantida pela gestão municipal, através do SUS. Lá trabalham médicos, dentistas, enfermeiras, técnicas em enfermagem, agentes comunitários de saúde. São oferecidas consultas de clínica médica e acompanhamento às gestantes, hipertensos e diabéticos. A enfermeira faz acompanhamento mensal das grávidas.

Quanto às instalações físicas, a mesma dispõe de três clínicas básicas, três consultórios, uma sala de curativo, uma sala de imunização, uma sala de nebulização, três clínicas odontológicas. Dispõe também de um centro de esterilização de material, uma farmácia, serviço de prontuário de paciente, serviço de atenção a pacientes com tuberculose, serviço de atenção a mulheres no pré-natal, parto e nascimento, serviço de atenção integral em Hanseníase Tipo I. Conta com quatro médicos no seu quadro de atendimento.

5.2 SUJEITOS

Os sujeitos que participaram foram de ambos os sexos que apresentaram diagnóstico médico de hipertensão arterial. O diagnóstico durou 15 dias. Os diagnosticados já tinham sido atendidos pela unidade de saúde, houve apenas um recadastramento, onde estes foram conscientizados do programa do qual iriam participar, sendo que não houve recusas dos pacientes que se prontificaram a participar deste processo de intervenção.

5.3 PLANO DE AÇÃO DESENVOLVIDO

A inovação do programa de atendimento aos hipertensos ocorreu inicialmente através do recadastramento com a finalidade dos mesmos serem acompanhados pela Unidade de Saúde. Esse recadastramento ocorreu da seguinte forma: os hipertensos foram convidados pelos agentes de saúde a participarem de uma palestra inicial ministrada pela enfermeira da unidade de saúde, onde a mesma enfatizou a importância do acompanhamento do hipertenso para manter um nível de vida equilibrada e ao mesmo tempo saudável.

Esse recadastramento foi realizado pelos próprios agentes de saúde que tem contato direto e maior vínculo com as famílias acompanhadas. Em seguida foi realizada uma seleção dos hipertensos recadastrados, que foi realizada pela enfermeira da unidade de saúde. Depois os pacientes foram encaminhados ao posto para realização de consultas já agendadas anteriormente a fim de evitar longas esperas. Os pacientes foram acompanhados semanalmente num período de cinco meses, onde eram feitas mensurados periodicamente a pressão arterial, verificação e acompanhamento da medicação prescrita pelo médico, além do recebimento do medicamento gratuito pelo Ministério da Saúde. O foco do atendimento foi para os hipertensos, entretanto foram diagnosticadas também outras doenças como: diabetes.

Elaborou-se um cartão para cada paciente, onde continha informações como: nome da unidade de saúde, médico que o acompanhava, agente comunitário de saúde, nome do paciente, endereço, telefone, data das consultas, medidas da pressão arterial, a glicemia, medicação prescrita, data das reuniões.

Além disso, foram desenvolvidas palestras de esclarecimento sobre a importância de ser acompanhado no programa, realizadas pela enfermeira, pelo médico e pelos agentes comunitários de saúde, todos envolvendo a temática da importância do acompanhamento do hipertenso pela unidade de saúde.

Essa inovação no programa de atendimento aos hipertensos teve a duração de cinco meses, contou com a participação da enfermeira da Unidade de Saúde, dos agentes de saúde, dos 4 médicos e de 140 pessoas acompanhadas pelo programa.

Como material educativo utilizado no programa destaca-se a utilização de cartazes, folders anexados na unidade de saúde e o cartão de acompanhamento do paciente hipertenso, elaborados e confeccionados pela enfermeira da unidade de saúde.

Destaca-se que, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Assim, diante da proposta de relatar a experiência de uma inovação na metodologia aplicada a um programa de ação terapêutica para pacientes hipertensos, o produto que melhor define o resultado a partir desta intervenção é a Opção 3, ou seja, uma TECNOLOGIA DE CONDUCTA, uma vez que inovou-se na abordagem a esta população.

6 RESULTADOS

A inovação do programa desenvolvido contou com a participação ativa dos pacientes, que foram acompanhados, controlando sua pressão arterial através das consultas periódicas e dos remédios receitados, além de participarem da orientação educativa através das palestras que lhes estimularam a criarem hábitos alimentares mais saudáveis, bem como estimular a prática de exercícios físicos regulares.

Portanto, o resultado dessa inovação no programa foi produtivo, cerca de 100% dos acompanhados concluíram sua participação de forma ativa, demonstrando a preocupação com sua saúde e visando uma qualidade de vida melhor.

Além disso, com o intuito de promover o permanente acompanhamento do Programa pela equipe da unidade de saúde, da execução de ações, dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, foram cedidos os dados dos pacientes, isto é claro com uma prévia autorização dos mesmos, para uma futura comparação do seu quadro evolutivo, se melhorou ou não, se está tomando a medicação corretamente, desde o período que os mesmos reintegraram-se ao programa, com o objetivo de ajudar os pacientes no tratamento e acompanhamento da sua pressão arterial de forma mais clara e com responsabilidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização dessa intervenção percebe-se o quanto é importante o diferencial no tratamento de pacientes com doenças crônicas como a Hipertensão, isto porque foi possível verificar que estas pessoas passaram a gostar mais de participar desse programa porque sentiram-se valorizados pela equipe da unidade de saúde.

Durante esse período que ocorreu essa inovação no programa, os hipertensos foram atendidos com uma nova forma, não somente através de consultas rotineiras, mas através de palestras educativas de incentivo à sua permanência no programa.

Viu-se nesse período que a maioria dos participantes buscou cuidar melhor da sua saúde, verificando sua pressão arterial periodicamente, indo as consultas nos dias marcados, tomando corretamente seus medicamentos e também repensando a sua prática alimentar.

Isto é, portanto, gratificante porque permitiu-nos fazer uma avaliação positiva dessa inovação, proporcionando-nos uma satisfação pessoal isto porque envolve mudança na qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, L C; SIMÕES, M O S; CAVALCANTI, A L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2012; 14(2): 65-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Caderno de Atenção Básica. nº 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARTILHA ABC da saúde. Disponível em <http://www.abcdasaude.com.br/artigo>. Acesso em 18 de março de 2014.

CASTRO, V.D.; CAR, M.R. **Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial.** Rev. Esc. Enf., USP, v.33, n.3, p.292-304, set. 1999.

FERREIRA, S R G; MOURA, E C; MALTA, D C. SARNO, F. **Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006.** Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, suppl.2, pp. 98-106. ISSN 0034-8910.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divisão Territorial do Brasil. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais. (1 de julho de 2008). Acesso em 18 de março de 2014.

LESSA I. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil.** Rev Bras Hipertens. 2001 out-dez;8(4):383-92.

RESENDE, M. M. C. **Caracterização das internações hospitalares por hipertensão arterial.** In Semana Médica e Semana de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, 26- 4, 1996, Pouso Alegre. Resumos de trabalhos apresentados. Pouso Alegre: 1996. p. 46.

SANTOS, Z M S A; LIMA, H P. **Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 90-97. ISSN 0104-0707.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. vol.17(1):1-64, 2010.

SILVA, M E D C. **Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: uma contribuição para enfermagem**. 2010.153 f. Dissertação do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Brazilian Journal of Hypertension. Segmento Farma editors. São Paulo, 2010.

APÊNDICE

PROGRAMA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

CARTÃO DO USUÁRIO



PATOLOGIA PRINCIPAL: _____

PATOLOGIA ASSOCIADAS: _____
