

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ÉRICA FABÍOLA ARAÚJO DA SILVA FARIA**

**A IMPORTÂNCIA DA LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO COMO  
ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DO SEGUIMENTO DA  
UNIDADE DE REFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AUGUSTO HIDALGO DE  
LIMA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE.**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ÉRICA FABÍOLA ARAÚJO DA SILVA FARIA**

**A IMPORTÂNCIA DA LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO COMO  
ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DO SEGUIMENTO DA  
UNIDADE DE REFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AUGUSTO HIDALGO DE  
LIMA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE.**

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. Dra. Orientadora:** Luciara Fabiane Sebold

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **A IMPORTÂNCIA DA LINHA DE CUIDADO DA HIPERTENSÃO COMO ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DO SEGUIMENTO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AUGUSTO HIDALGO DE LIMA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE** de autoria da aluna **ÉRICA FABÍOLA ARAÚJO DA SILVA FARIA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

---

**Profa. Dra. Luciara Fabiane Sebold**  
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**

Aos meus Pais:

**Antonio Honorato da Silva**

**Sebastiana Araújo da Silva**

Ao meu Irmão:

**Adcleides Araújo da Silva**

A minha Filha:

**Jhulie Silva de Faria**

## **AGRADECIMENTOS**

### **À Coordenadora Local do Curso:**

Amanda Caroline Maciel Amorin

Pelo apoio e dedicação no desenvolvimento do curso.

### **À Orientadora:**

Profa. Dra. Luciana Fabiane Sebold

Pela paciência e dedicação na orientação deste trabalho.

**Aos docentes e colegas de turma pela oportunidade de convivência.**

**Aos amigos que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho.**

**“Tudo posso naquele que me fortalece”.**  
**Filipenses 4,13**

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>2 Fundamentação Teórica.....</b>	<b>12</b>
<b>3 Método.....</b>	<b>16</b>
<b>4 Resultado e Análise.....</b>	<b>17</b>
<b>5 Plano de Ação da Linha de Cuidado da Hipertensão.....</b>	<b>19</b>
<b>6 Considerações Finais.....</b>	<b>20</b>
<b>Referências.....</b>	<b>21</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão por sexo, tipo e risco no município de Rio Banco – Ac, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2013..... 17

Tabela 2. Plano de Ação para Construção da Linha de Cuidado da Hipertensão .....19



## RESUMO

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) representam hoje um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o diabetes constituem-se em importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Um dos maiores desafios no combate à HAS é o acompanhamento adequado e oportuno a esta clientela. O objetivo deste trabalho foi avaliar se o volume de cadastros no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIHIPERDIA) corresponde em proporcional o acompanhamento da população portadora de hipertensão pelas equipes de saúde do Segmento da Unidade de Referência da Atenção Primária Augusto Hidalgo de Lima do Município de Rio Branco. Neste contexto a pesquisa analisa a relação de usuários cadastrados com a relação de usuários acompanhados no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2013. Ao final, sugere estratégias para o fortalecimento do acompanhamento e a construção da linha de cuidados aos pacientes com hipertensão, para que estratégias de intervenção multidisciplinar sejam implementadas, na tentativa de modificar este quadro.

Palavras chaves: hipertensão, acompanhamento, SISHIPERDIA.

## 1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida e o aumento da natalidade da população, houve também um aumento considerável das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), aumento este acarretado principalmente pelos hábitos e estilo de vida das pessoas. Com isso, aumenta também a demanda nos serviços de saúde. Cabe à Atenção Básica o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em Saúde da população e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente as condições de saúde das pessoas.

As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) representam hoje um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Segundo o Vigitel (2012), estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008. No Brasil, as DCNT são igualmente importantes, sendo responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%).

Os dados trazidos por Vigitel (2012) apontam que a prevalência da população brasileira portadora de Hipertensão Arterial é de 24,3% e de Diabetes Mellitus 7,4%. Estes dados tendem a aumentar nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo devido um pequeno conjunto de fatores de risco responsável pela grande maioria das mortes por DCNT. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e a inatividade física.

Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (BRASIL, 2013).

A diabetes mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, com estimativas de seis milhões de portadores na população brasileira, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde. O grande impacto econômico da diabetes ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por

insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2014).

Fato este, que torna um grande desafio atual para os profissionais que atuam na Atenção Básica é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Estudos comprovam que a melhor forma de combater a doença é prevenindo e detectando de forma precoce. Dentro desta proposta, o Ministério da Saúde criou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, os quais estabelecem diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde, enfatizando a prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde (BRASIL, 2013).

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada às estas doenças, os municípios juntamente com os estados, o Ministério da Saúde e a sociedade tem se estruturado para garantir atendimento com qualidade na atenção aos portadores destas patologias. Para isso é necessário investir em estratégias para maior acompanhamento pelas equipes de saúde aos pacientes após o diagnóstico e cadastro.

**Objetivo geral:** Comparar o volume de cadastros registrados como acompanhamento da população portadora de hipertensão pelas equipes de saúde do Segmento da Unidade de Referência da Atenção Primária Augusto Hidalgo de Lima do Município de Rio Branco.

Propor a construção da linha de cuidado ao paciente através de um projeto de intervenção que tem como objetivo promover ações de prevenção e promoção da hipertensão no Seguimento de Saúde da Unidade de Referência da Atenção Primária Augusto Hidalgo de Lima e as 11 Unidades de Saúde da Família de sua área de abrangência do Município de Rio Branco.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil 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 (BRASIL, 2013).

Estudos comprovam que a hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Geralmente está associado, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco cardiovascular fatal e não fatal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A doença está relacionada a causas diretas de cardiopatia hipertensiva, além de ser fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. E em fases mais precoces da vida a hipertensão atua como fator de risco para déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

As doenças crônicas não transmissíveis têm sido a principal causa de morte no Brasil. 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 (SCHMIDT et al., 2011).

Estudos apontam que na Alemanha cerca de 40% dos usuários da rede de Atenção Primária são portadores de HAS, e destes apenas 18,5% estavam com a PA controlada (SHARMA et al., 2004 apud BRASIL, 2013). Na Europa a média de controle de HAS em serviços de Atenção Básica é de 8% e, nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto que, na América Latina e África, há uma variação de 1% a 15% de controle deste problema (GRANDI et al., 2006 apud BRASIL, 2013).

No Canadá, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada (LEENEN et al., 2008 apud BRASIL, 2013). Outro estudo de prevalência e manejo dos hipertensos, realizado na província de Ontário e publicado em maio de 2008 (MOHAN; CAMPBELL, 2008 apud BRASIL, 2013), descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Campbell et al. (2003) relata que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, sendo que 82% destes são acompanhados e 66% com a doença controlada, constituindo-se no local com melhor indicador mundial neste quesito (CAMPBELL et al., 2003 apud BRASIL, 2013).

Os dados apresentados representam o que há de melhor na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos, porém, verificou-se que 15,7% dos pacientes fazem tratamento, mas 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 em programas de educação permanente, no entanto, 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 (CAMPBELL et al., 2003; MCLISTER, 2006; ONYSKO et al., 2006 apud BRASIL, 2013).

Estudos relatam que Cuba é o segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação à etnia e à escolaridade (ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006 apud BRASIL, 2013).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2012), é de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,1%) do que em homens (18,2%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 44,6% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 13,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 12 e mais anos (BRASIL, 2012).

Diante dos dados observamos que nos serviços de atenção básica um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS. E que esses resultados podem estar diretamente relacionados à assistência prestada pelas equipes de atenção básica, pois o processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Segundo a Portaria nº 2.488/2011 Atenção Primária em Saúde propõe a reorientação do modelo assistencial,

é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações e territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2011b, p. 3).

Estas equipes encontram dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários, porém mesmo com as dificuldades, têm o papel fundamental para desenvolver estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial, além de estimular e contribuir para que o indivíduo modifique seu estilo de vida, que são medidas fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Mudanças estas, que percorrem desde a alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool. Fatores estes, que precisam ser abordados adequadamente com a corresponsabilização do paciente para que assim possa alcançar êxito no tratamento ou níveis tensionais desejados e controlados.

Sem a adesão do paciente os níveis da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses diárias e progressivas de medicamentos. Por isso é fundamental envolver não só o indivíduo como os familiares e os cuidadores juntos estabelecer e definir estratégias de controle da hipertensão.

Mesmo com os avanços ocorridos a organização da atenção a saúde no SUS ainda se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, não atendendo a oferta de serviços e as necessidades de atenção prestada aos usuários. Segundo Mendes (2011) o modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde. O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir atender o indivíduo de forma integral, individualizada e singular. (MALTA; MERHY, 2010).

Para Malta e Merhy (2010) essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns desses desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (OPAS; OMS, 2008; MENDES, 2008).

A qualificação da atenção e da gestão em saúde requer esforços dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde nesse sentido foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

### 3 MÉTODO

Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado um estudo descritivo-exploratório, sendo avaliada a média anual de cadastros de hipertensão em relação ao seu acompanhamento pelas equipes de saúde do Seguimento que é composto por uma Unidade de Referência de Atenção Primária e 11 Unidades de Saúde da Família. A pesquisa foi desenvolvida nas seguintes etapas:

Etapa 1: Pesquisa do referencial teórico.

Uma consulta e análise de referências bibliográficas incluindo livros, cadernos, dissertação e artigos sobre o tema.

Etapa 2: Pesquisa dos sistemas de informações.

No segundo momento foi realizada a busca de dados nos sistemas de informação do município. No Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes (SISHIPERDIA) foram extraídos dados referentes aos usuários hipertensos cadastrados do município de Rio Branco Acre, totalizando 3.118 pacientes hipertensos cadastrados e 1.108 acompanhados e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) o quantitativo de usuários da área de abrangência do seguimento.

Etapa 3: Análise e discussão dos dados.

A seguir foi realizada a análise comparativa dos dados dos sistemas de informação relacionando o número de usuários da área de abrangência ao total de usuários hipertensos cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde.

Etapa 4: Proposta da construção da linha de cuidado da hipertensão.

Após o diagnóstico da atenção ao paciente com hipertensão arterial do seguimento pretende-se iniciar a construção da linha de cuidado ao paciente hipertenso da área de abrangência.



#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

A população de Rio Branco em 2010 é de 336.038 habitantes, concentrando 45,82% da população total do Estado, o que torna a cidade mais populosa entre os municípios do Acre. Com densidade demográfica 38,03 habitantes por km<sup>2</sup>. Atualmente, 91.82% da população vivem na zona urbana e 8.18% vive na zona rural. Este diagnóstico revela uma forte tendência urbana, entretanto, Rio Branco a exemplo da maioria das cidades da Amazônia, estabelece estreita relação com o campo e a floresta.

Na tabela 1 pode-se observar o número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão por sexo, tipo e risco. No período de Janeiro de 2002 até Dezembro de 2013 no município de Rio Branco - Acre. Observamos que Rio Branco possui o total de 21.356 pacientes cadastrados e deste, 20.225 tem hipertensão.

**Tabela 1 – Número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão por sexo, tipo e risco no município de Rio Branco – AC, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2013.**

Código	Município	Nº de Diabéticos					Nº de Hipertensos			Nº de Diabéticos com Hipertensão		
		Total	Tipo 1		Tipo 2		Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
			Masc	Fem	Masc	Fem						
1200401	RIO BRANCO	1131	150	153	394	434	15931	5907	10024	4294	1672	2622
<b>Total</b>		<b>1131</b>	<b>150</b>	<b>153</b>	<b>394</b>	<b>434</b>	<b>15931</b>	<b>5907</b>	<b>10024</b>	<b>4294</b>	<b>1672</b>	<b>2622</b>

Fonte: <http://hiperdia.datasus.gov.br/2014>

Após analisados os dados do sistema de informação foi identificado o diagnóstico de atendimento dos pacientes hipertensos atendidos e acompanhados pelo seguimento. Segundo dados do SIAB a população acima de 18 anos do Seguimento é de aproximadamente 47.250 pessoas e destes segundo o SISHIPERDIA 3.118 são hipertensos. Se considerarmos a prevalência de 24,3% da população acima de 18 anos, o quantitativo de pessoas com possibilidade de desenvolver hipertensão no seguimento é de 11.482. Tendo uma diferença de 8.364 pessoas com a doença e ainda não foram diagnosticadas. No SISHIPERDIA a quantidade de usuários hipertensos acompanhados no segmento é de 1.108, uma diferença de 2.010 pessoas sem o acompanhamento.

Porém observamos que o atendimento a essa população é diária e contínua e que estes dados não refletem a realidade das Unidades de Saúde, pois a maioria dos profissionais realizam o atendimento, porém não realizam o registro diário na ficha de acompanhamento, seja pela conscientização da importância do registro ou pela demanda. Apesar de ocorrer orientação e capacitações por parte da gestão em relação a esse preenchimento.

Entende-se como acompanhamento não apenas o simples ato de perguntar e preencher formulários e, sim o registro de todo um processo de assistência ao paciente com hipertensão que envolve desde as orientações relacionadas a sua condição clínica, fatores de risco associados e uso de medicação ao estabelecimento de um plano terapêutico.

O sucesso do acompanhamento dos pacientes está diretamente relacionado a sua adesão. Esta pode ser entendida como a extensão do comportamento do indivíduo, em termos de uso do medicamento, seguimento da dieta, mudança no estilo de vida e o comparecimento às consultas.

Adaptar-se ao tratamento constitui uma das tarefas mais difíceis, e é responsável pela enorme resistência encontrada pelos profissionais para a adesão do paciente ao regime terapêutico. A não adesão é um grande obstáculo no controle da doença.

A partir dos resultados obtidos pretende-se iniciar um projeto de construção da linha de cuidado aos pacientes com hipertensão no seguimento, e com isso garantir ao paciente o cuidado de forma integral e contínuo. Para dar início a construção da linha de cuidado foi elaborado um plano de ação com objetivos, metas, ações e atividades a serem executadas pelos atores envolvidos (gestão e profissional) com início em maio de 2014 até dezembro de 2015, para garantir a execução do projeto no tempo previsto. (Tabela 2).

**Tabela 2: Plano de Ação para Construção da Linha de Cuidado da Hipertensão**

Objetivo	Meta	Ação	Atividades	Prazo de Execução
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas.</li> <li>- Garantir o cuidado integral às pessoas com hipertensão.</li> <li>- Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.</li> <li>- Desenvolver a linha de cuidado para as pessoas com hipertensão.</li> <li>- Promover mudança no estilo de vida da pessoa com hipertensão.</li> <li>- Prevenir as doenças mais prevalentes decorrentes da hipertensão.</li> </ul>	Ampliar as ações de promoção e prevenção da hipertensão no seguimento da Unidade de Referência Augusto Hidalgo de Lima no município de Rio Branco.	Promover ações de mudança do estilo de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer as ações das unidades visando a alimentação saudável.</li> <li>- Incentivar a prática de atividade física.</li> <li>- Estimular as ações de promoção e controle do tabagismo.</li> <li>- Capacitar os profissionais para trabalhar a temática de promoção e estilo de vida saudável.</li> </ul>	Maio/2014 a Dez/2015.
	Reduzir a prevalência de hipertensão da população do seguimento da Unidade de Referência Augusto Hidalgo de Lima município de Rio Branco.	Diagnóstico dos indivíduos com hipertensão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os indivíduos com hipertensão da área de abrangência.</li> <li>- Realizar avaliação dos pacientes com hipertensão.</li> </ul>	Maio/2014 a Dez/2015.
		Tratamento e acompanhamento das pessoas com hipertensão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formar grupos de pacientes com hipertensão identificados a partir do diagnóstico realizado na Unidade.</li> <li>- Encaminhar os pacientes com comorbidades para atendimento no ambulatório especializado.</li> <li>- Monitorar a participação dos pacientes nos grupos.</li> <li>- Cadastrar e acompanhar os pacientes com hipertensão no SISHIPERDIA.</li> </ul>	Maio/2014 a Dez/2015.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após a análise dos dados, podemos concluir que as quantidades de pessoas cadastradas no SIHIPERDIA do seguimento de saúde não representam a quantidade de pessoas acompanhadas. E que apesar dos esforços realizados pelas equipes de saúde em realizar esse acompanhamento, se o registro dos mesmos não ocorrerem, a Unidade não terá como controlar este atendimento e, com isso avaliar o resultado de seu trabalho.

O programa necessita de mais atenção por parte de quem o coordena, para que possa obter um melhor resultado no tratamento dos usuários com hipertensão arterial. Lembrando que para obter êxito no acompanhamento é preciso a utilização de recursos como o tratamento não farmacológico e farmacológico, adesão do cliente ao tratamento, e assim diminuindo os riscos decorrentes da hipertensão arterial como doença cardiovascular.

Vale ressaltar também que estratégias como a construção da linha de cuidado contribui para melhorar o acompanhamento do paciente e fortalecer o cuidado prestado, assim como a implantação de serviços que contribuem como ferramentas fundamentais neste cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).
3. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília- DF, Diário Oficial da União, Seção 1, 31 dez. 2010.
5. BRASIL. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011.
6. MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2011.
7. MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
8. MALTA, D. C.; MERHY, E. E. *O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis*, 2010.
9. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes*. Brasília: Opas, 2010.