

Estratégias para qualificar a identificação da população hipertensa na rede básica de saúde na região de Campinas

Lilian Ferreira de Souza Silva¹, Bárbara Cristiane Martines Corá², Diana Yamashita Higa³, Patrícia Colombo Andrade⁴, Séfora Gomez Portela⁵, Taís Capobianco Genova⁶

1. Enfermeira, Facilitadora do curso de Gestão da Clínica nas Redes de Atenção
2. Terapeuta Ocupacional, Prefeitura Municipal de Indaiatuba
3. Enfermeira, Prefeitura Municipal de Valinhos
4. Cirurgiã dentista, Prefeitura Municipal de Bragança Paulista
5. Terapeuta Ocupacional, Prefeitura Municipal de Valinhos
6. Fisioterapeuta, Prefeitura Municipal de Vinhedo

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e no Brasil acomete cerca de 17 milhões de pessoas (representando 35% da população de 40 anos ou mais^{1,2}), classificando-o em 6º lugar entre os países com altas taxas de morte por tal patologia^{3,4}. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico, tratamento e adesão são frequentemente negligenciados, resultando num controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo. No contexto da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem caráter estratégico no controle e prevenção da HAS e suas complicações^{5,6}, por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiam a organização do cuidado. Para isso, é essencial não apenas o acompanhamento sistemático dos indivíduos como também conhecer a cobertura das fontes de informação sobre portadores de HAS, a completude das informações registradas, a confiabilidade dos dados, evitando-se a subnotificação de casos, as distorções ou falta de integração entre os sistemas, eventos que comprometem o planejamento e monitoramento das ações específicas⁷.

Esta realidade é observada na Região Metropolitana de Campinas, na qual evidencia-se a necessidade de aprimoramento da identificação precoce dos casos a fim de prevenir as complicações relacionadas à HAS. Para essa construção, é fundamental dispor de sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais

como os sistemas de informação, com o uso do prontuário eletrônico e unificado, que podem melhorar a organização dos processos de trabalho, facilitar o acesso e compartilhamento das informações sobre os pacientes e fornecer subsídios precisos para a estratificação de risco da população, resultando em melhor planejamento e acompanhamento do cuidado na RAS^{8,9}. Considerando também que os serviços de saúde devem ser organizados regionalmente, as regiões de saúde devem estabelecer as linhas de cuidado e diretrizes clínicas próprias, pois promovem menor flexibilização dos padrões de atendimento (protocolos) e maior organização dos fluxos e do itinerário do paciente entre os pontos de atenção (linha de cuidado). Por fim, a APS precisa de profissionais qualificados para atender, de maneira integral, aos principais problemas de saúde da população¹⁰, sendo que sua capacitação no uso de tais ferramentas favorece a comunicação entre os diferentes pontos de atenção e a participação de profissionais de todas as categorias, o que, no atual cenário da pandemia, permitiria maior agilidade no manejo dessa população, que tem a HAS como um fator de risco importante para as complicações da COVID19¹¹.

Objetivo

Qualificar a identificação da população hipertensa na rede básica de saúde da região de Campinas.

Objetivos específicos

Estabelecer fluxo de atendimento único à população hipertensa com criação de protocolo; melhorar a adesão ao prontuário único; capacitar os profissionais envolvidos para o uso do prontuário único.

Atividades e resultados esperados

Diante das fragilidades, propomos a aplicação de diferentes tecnologias de Gestão da Clínica como estratégia qualificadora na identificação da população hipertensa nas UBSs da região de Campinas, a saber: diretrizes clínicas, adesão ao prontuário único e capacitação profissional. Como primeira ação propomos a criação de um fluxo único, a partir da chegada do usuário à unidade, passível de adaptação, considerando as diversas configurações dos serviços, principalmente em relação às equipes. O segundo passo seria melhorar a adesão ao prontuário único, para isso será necessário suprir a necessidade de recursos materiais como: computadores, suporte técnico, internet, etc. Paralelamente propomos a capacitação profissional, em relação ao preenchimento correto dos prontuários eletrônicos quando houver a identificação do usuário hipertenso na Atenção Básica. A principal perspectiva diante das intervenções apresentada é que haja um plano de atendimento alinhado conforme o perfil da região, além de fazer com que os profissionais de saúde reconheçam o diagnóstico e se conscientizem

a realizar as anotações no prontuário, descrevendo o diagnóstico de forma correta conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) para que o sistema utilizado para alimentação dos dados, proporcione dados reais sobre essa população, sendo assim uma barreira para subnotificação.

Conclusão

O enfrentamento da COVID-19 escancarou situação de crise e sucateamento nos diferentes serviços do SUS, mas foi importante para reforçar junto à população todo potencial de um sistema estruturado e capilarizado como o nosso. Sendo pessoas com doenças crônicas um dos maiores alvos da infecção pelo SARS-COV-2, temos ainda mais argumentos para implementação das ações propostas. Protocolos e sistema de informação integrados configuram-se como tecnologias essenciais no gerenciamento da pandemia. Consideramos que este cenário pode frutificar a expansão a outros contextos. A melhoria dos sistemas de informação e compartilhamento e adequação de protocolos e fluxos na identificação da população hipertensa na APS facilitaria não apenas o manejo destes usuários no cenário atual, mas a qualificação da assistência ao longo de toda linha de cuidados.

Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev Bras Hipertens. 2016; 107 (3Suppl 3): 1-83.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Superintendência Estadual de Planejamento em Saúde, Diretoria de Atenção Primária em Saúde. Linha de Cuidado à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, 2019.
4. Vigitel Brasil 2018. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/PPT-Vigitel-2018-.pdf>.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
6. Lessa, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Ciência & Saúde Coletiva, 2004; 9(4):931-43.
7. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2010, 19 (2): 133-41.
8. Martins C, Lima SM. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. Rev. Adm, Saúde, 2014; 16 (63): 61-66.

9. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileira: uma realidade para os médicos? *Scientia Medica*, Porto Alegre, 2011. 21 (3): 121-131.
10. Schmidt M.I, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, 2011.377:61-74.
11. Barra RP, Moraes EM, Jardim AA, Oliveira KK, Bonati PCR, Issa AC, Machado CJ. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do Covid-19 em Uberlândia, Minas Gerais. *APS em Revista* 2020; 2 (1): 38-43.