



DANIEL BELLIO DE FRANCESCHI

MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS HIPERTENSAS NA UBS ESF-III

PORTO ALEGRE-RS

2017



DANIEL BELLIO DE FRANCESCHI

MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS HIPERTENSAS NA UBS ESF-III

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Manoela Jorge Coelho Alves

PORTO ALEGRE-RS

2017

RESUMO

Este trabalho é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante o curso de especialização Saúde da Família e Comunidade e sua aplicação na prática diária. A intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) ESF III Dr. Carlos Olavo Chaves, localizada no município de Jaguarão/RS, com objetivo principal de melhorar a atenção aos hipertensos da área de abrangência da UBS. Em 2016 foi estimado aproximadamente 37% de pacientes hipertensos, os quais muitos carecem de acompanhamento clínico e não estão aderidos ao tratamento indicado, farmacológico e não farmacológico assim gerando um aumento considerável da morbi/mortalidade no território da equipe. Por essa razão foi escolhido como tema do projeto de intervenção a melhoria desse serviço brindado à população. Foi realizado promoção e educação em saúde, capacitação da equipe, estudo de caso clínico e uso de estratégias como o projeto terapêutico singular. Sabe-se que foi uma intervenção positiva devido alcançar o objetivo principal proposto, estando atualmente em prática na UBS. Foi concluído que a abrangência de estratégias e ferramentas adquiridas durante a realização da intervenção permite um desfecho positivo não só na população, mas também ensina o trabalho em equipe multidisciplinar ser um grande aliado para a atenção primária em saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	9
4. VISITA DOMICILIAR	12
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	14
REFERÊNCIAS	16
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	17

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante o curso de especialização e sua aplicação na prática diária. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 14 foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) ESF III Dr. Carlos Olavo Chaves, localizada no município de Jaguarão/RS.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam hipertensão arterial sistêmica. Fui formado no exterior, Uruguai, onde estudei seis anos na faculdade de medicina CLAEH (Centro Latino Americano de Economia Humana), em dezembro de 2014. Em junho de 2015 entrei para o programa Mais Médicos para o Brasil, o qual estou atuando até a presente data. Tenho o diploma revalidado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul desde dezembro de 2015, onde me possibilitou fazer alguns plantões além de atuar na saúde da família.

A cidade de Jaguarão é localizada na fronteira com o Uruguai, onde prevalece o comércio devido aos free shops e a atividade rural intensa da região. Contém uma população de aproximadamente 30 mil pessoas, onde muitas deles possuem dupla nacionalidade brasileira/uruguaia. Existe outras 6 unidades básicas de saúde todas com equipe ampliada, e a Santa Casa de Misericórdia de Jaguarão onde enviamos urgências e emergências cabíveis. A cidade de referência para encaminhamento na maioria das especialidades é Pelotas que está a 140 km de distância. Contamos apenas com pediatria, ginecologia e cirurgia geral de especialistas dentro da cidade, e nossa referência para cardiologia é através de um clínico geral que desenvolve sua função como cardiologista.

A cidade também conta com a farmácia municipal que fornece medicação de ampla variedade, porém muitas vezes as medicações estão em falta e dado o baixo nível econômico da maioria da população causa alguns contratempos nos tratamentos dos pacientes. Comecei atuando em outra ESF a qual durou cerca de 6 meses, sendo transferido definitivamente para a unidade que estou atualmente cerca de um ano.

Essa unidade básica de saúde trabalha com a estratégia saúde da família cerca de dois anos, onde é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma zeladora e sete agentes comunitários de saúde (ACS). Até 2 semanas atrás contávamos com agente de saúde bucal e dois estagiários, porém foi terminado o contrato dos mesmos.

A área de abrangência da nossa estratégia conta com 4200 pessoas, aproximadamente, com 7 micro áreas, sendo todas cobertas pelos ACS o que possibilitou o cadastramento de quase todas as famílias que aceitaram ser cadastradas, podendo contabilizar hipertensos, diabéticos, gestantes, menores de 1 ano, etc. Em relação às doenças crônicas, a hipertensão arterial é a mais prevalente seguido da diabetes mellitus e em terceira posição pacientes de saúde mental. A demanda normalmente abarca a dor como principal motivo de consulta devido a doenças osteomusculares, em segundo lugar quadros respiratórios agudos e crises de ansiedade. Contudo existe uma diversificação imensa na demanda desde gestantes, crianças, idosos, paciente oncológicos sendo muitas delas somente para solicitar referência para consultas de retorno.

Fisicamente a UBS está localizada de maneira não centralizada das 7 micro áreas devido que antigamente já existia fisicamente o posto de saúde. Fica no alto do bairro Vencato, o que dificulta a acessibilidade para idosos e gestantes que em dias de temperatura extremas faltam nas consultas devido ao esforço físico que realizam. Perto da unidade se encontra uma creche, uma escola onde são realizadas atividades em conjunto com a nossa equipe, e uma igreja. É um bairro que abarca micro áreas de extrema pobreza sendo as mais afastadas da unidade.

Contamos com um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um consultório ginecológico, uma sala de enfermagem, uma sala para curativos, uma sala de reuniões, uma copa, um expurgo, 2 banheiros na sala de espera, uma sala destinada a farmácia que é utilizada para nebulizar pacientes, e uma outra sala que seria outro consultório, porém usada para depósito e ar condicionado em quase todas as salas. Estruturalmente é uma unidade nova, pintada e reformada.

A unidade funciona de segunda as sextas das 7:30 até 11:30, e no período da tarde das 13:30 até 17:30. São emitidas todas as sextas feiras as fichas para atendimento agendado, onde são liberadas 8 fichas por turno deixando livre 4 fichas a mais para duas emergências, um idoso e um deficiente, que em caso de não serem preenchidas é aumentado o número para pacientes ou demandas. Além das 12 fichas

normalmente termino atendendo a mais que esse número subindo para 16 em média de atendimentos por turno. Todas as terças feiras pela tarde é atendimento de puericultura, e nas quartas a tarde para gestantes. Quartas de manhã é turno para troca de receitas e demandas.

A realização de grupos/sala de espera é infrequente devido à ausência dos pacientes, normalmente são avisados com 2 semanas previas e também reforçado pelos ACS, porém muitos poucos comparecem, levando ao desgaste e desmotivação da equipe. Dado o grande número de hipertensos em nossa área de abrangência escolhi como intervenção focar na principal patologia da população já que hoje contamos com aproximadamente 760 comunitários registrados com tal enfermidade contabilizando aproximadamente um 18% do total de pacientes, sendo a maioria com comorbidades e complicações.

O objetivo da intervenção será melhorar a atenção em saúde nos pacientes hipertensos dentro do território, ampliando a cobertura dos mesmos, melhorando a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, promovendo a saúde, e identificar precocemente pacientes com risco para doenças cardiovasculares. Nessa intervenção, é esperado melhorar a qualidade da atenção dos pacientes hipertensos, levar a cabo uma capacitação mais integral para os agentes de saúde em relação à hipertensão arterial já que são muitas vezes nossa porta de entrada aos pacientes, promover grupos de maneira incisiva e constante para conseguir uma maior adesão ao tratamento desses pacientes.

Orientar e capacitar enfermeiro e aux. de enfermagem sobre correta aferição da pressão arterial, diminuir vícios da aferição, e melhorar orientações sobre a mesma. Em anexo irá detalhadamente a intervenção a ser realizada.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Analisando a situação atual de nossa UBS vejo a HAS como a doença prevalente no nosso território contabilizando 18% dos nossos usuários segundo o diagnóstico populacional realizado na UBS como já mencionado, não atingindo a prevalência média no Brasil de 32% de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Até a presente data os dados oferecidos pelos ACS estão desatualizados o que me remete a pensar que esse número é ainda maior.

Atualmente está difícil estimar com precisão o número devido a múltiplos fatores tais como, períodos de férias da equipe, população migratória constante para outros territórios e associação com outras patologias e comorbidades que causam confusão na hora do cadastramento. Hoje em dia nossa situação de assistência basicamente está apoiada em doenças cardiovasculares onde dispara a HAS e a DM, saúde mental e osteomusculares. A associação entre elas é extremamente íntima apresentado muitas queixas durante as consultas onde nem sempre são atendidas todas no momento. Fato que nos remete ao caso de Homero (caso 8) apresentado durante o curso.

Apesar da alta prevalência da HAS, hoje a demanda pela tal passa despercebida muitas vezes por mim e pela equipe por razões de alta demanda, tempo escasso, problemas operacionais, etc... Por exemplo quando paciente consulta por dor localizada, é medicado para tal e o usuário se retira sem ao menos aferir a pressão arterial durante todo o tempo na UBS. Durante o curso posso mencionar um paciente que vamos chamar de A.E. de 54 anos, hipertenso, diabético não insulino-dependente, dislipêmico, não obeso e não tabagista. Vive com sua esposa de 48 anos e sua filha de 18 anos, ambas sem antecedentes pessoais a destacar.

O paciente consultou múltiplas vezes por crises hipertensivas, onde foi realizado o acolhimento e atendido, porém sem seguimento do caso, fato que sei por ler o prontuário completo do paciente. Quando iniciei atendendo o mesmo me impressionou principalmente a falta de controle de seus valores pressóricos, onde prontamente resolvi estender o tempo da consulta com o mesmo. Após anamnese realizada e exame físico, percebi que não só o plano terapêutico não era o mais indicado, mas também havia um plano psico-social-familiar importante. Ao princípio revisei o caderno de atenção básica número 37, e procurei o quadro de Birmingham para buscar a melhor associação possível para o seu tratamento com

grau de recomendação A. Tal empenho foi realizado devido problemas pessoais com o cardiologista de referência que o mesmo se negava a consultar, fato que também me chamou atenção no caso.

Ao princípio as consultas e controles estavam sendo a semanalmente, onde não consegui o ajuste ideal da mesma em um período de um mês. Sendo assim foi explicado ao mesmo a necessidade de consultar com o cardiologista para adequação das medicações já que estava frustrado ao não conseguir. Realizei exames complementares, ECG, raio x de tórax, ecocardiograma, etc. Ao retornar da consulta o paciente demonstrou desapontamento do atendimento realizado, onde voltou para o ponto de início todo o trabalho desenvolvido. Foi então que durante a realização do curso aprendi sobre o projeto terapêutico singular, onde ampliei a busca com sua esposa e filha que informaram a falta de adesão ao tratamento, o desinteresse pela doença e a não realização das medidas higiênicas e dietéticas propostas desde a primeira consulta.

A partir desse dia resolvi estabelecer metas com o mesmo e com sua família e dividi responsabilidades que me incluíam como visita domiciliar, acessibilidade e acolhimento frente a qualquer elevação da PA e instrui o resto da equipe. Satisfeito com o êxito adquirido passamos a pactuar consultas a cada 6 meses. Aproximadamente aos 3 meses da estabilidade o paciente chega a UBS deambulando com dificuldade, apoiado em sua mulher, hemiparesia direita e desvio de traços faciais de minutos de instalação sendo enviado ao pronto atendimento da cidade o mais rápido possível. Desde então percebi o fracasso durante a evolução do paciente e desenvolvi no prontuário todo o esforço realizado. Logo então em seu retorno com a tomografia computadorizada foi comprovado a presença de acidente vascular cerebral de baixa magnitude onde foi orientado sobre a importância do tratamento novamente, os riscos envolvidos e traçamos uma nova meta de curta duração como a fisioterapia.

O paciente se comprometeu a mudar, onde entrei com a estratégia dos “5 Rs” proposto por Cavalcanti & Oliveira em 2012, produzindo efeito positivo sobre o paciente. Atualmente o paciente encontra-se estável, com sequelas quase nulas e encorajado a seguir o tratamento. A abordagem familiar para tal desfecho foi excepcionalmente importante devido que hoje é o apoio fundamental para o paciente. O caso relatado me recorda uma frase que foi certamente aplicada nesse caso onde diz “ Uma diretriz assistencial é uma trilha, não um trilho” por Eugênio Vilaça Mendes publicado no caderno de atenção básica número 35 titulado “Estratégias para o

cuidado da pessoa com doença crônica”, sendo aplicada a inúmeros casos similares no meu cotidiano.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Durante as ações realizadas acredito que a prevenção das doenças crônicas e a promoção da saúde são os tópicos primordiais para qualquer trabalho diário a ser realizado na atenção primária na saúde. Sem a expectativa de melhoria nos serviços oferecidos de ambos pilares, pode-se concluir um trabalho falho. Não é possível separar o tratamento das doenças crônicas sem partir da base que a prevenção e a promoção é de suma relevância para o êxito, sendo fundamental para conquistar não só a adesão do paciente ao tratamento como também fomentar uma cultura preventiva sobre o mesmo.

Observo diariamente a necessidade de educar os pacientes e a equipe para que podamos falar um mesmo linguajar durante as intervenções realizadas, aplicando sempre a visão holística das famílias em questão e adaptando cada consulta como singular. Muitas vezes o caminho torna-se retrógrado por questões sociais ou culturais, tendo dinâmica na crença de cada paciente. Partindo desse ponto de vista cito o caso do Samuel (número 11) como referência para apoiar essa questão. O caso em questão é sobre a diabetes mellitus, e esse trabalho trata-se da hipertensão arterial, porém é muito aplicável quando pensamos na prevenção e promoção de saúde. De acordo com a Universidade Federal de Minas Gerais em 2012 propôs dez passos para modificar a alimentação dos pacientes alvos, sendo elas usar o mínimo de sal, não exagerar, ler os rótulos, preferir alimentos naturais, evitar o consumo de produtos industrializados, evitar gorduras, evitar ingestão de álcool e uso do tabaco, praticar atividade física e cuidar do peso.

Sendo essa última medida fundamental já que todo hipertenso com excesso de peso precisam ser oferecidas ações de cuidado para a redução do peso, pois a diminuição de 5% – 10% do peso corporal inicial já é suficiente para reduzir a PA [Grau de Recomendação A] (MULROW et al., 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). No caso Samuel foi desenvolvido a dieta como método de promoção de saúde, porém o paciente não aderiu, sendo necessário retomar com sua

medicação, fato que poderia ser revertido provavelmente somente com a medida oferecida. Com tudo é um fato bastante comum, infelizmente, já que um grande número de pacientes prefere ou opta pelo tratamento medicamentoso para não realizar atividades físicas ou simplesmente a dieta.

Aproveitando a comparação do caso apresentado e correlacionando com o meu paciente já descrito, espelho nas atividades de promoção e prevenção durante as consultas de pré-natal por exemplo. Pode até parecer ilógico essa comparação quando partimos do ponto de vista das patologias acometidas em cada caso, porém inclusive durante a consulta de pré-natal é realizado a promoção e prevenção, obviamente direcionada mas cabe lembrar que a singularidade dos pacientes nos permite essa adaptação. Escolho o pré-natal como exemplo devido a imensidão de fatores a serem lembrados inclusive desde antes, já na planificação familiar. Conhecer a família que a paciente está inserida, suas crenças e culturas, meio sócio econômico, nível de escolaridade são as bases que formulará o vínculo da mesma com as consultas da posterioridade durante um pré-natal de qualidade, reforçando o quanto a educação, promoção e prevenção em saúde é ampla.

Atualmente conto com 18 gestantes acompanhadas pela unidade de saúde. São realizadas as consultas com a frequência que preconiza o Ministério da Saúde, aplicando a singularidade de cada caso. Desde a primeira consulta é realizado anamnese e exame físico, captação dos fatores de risco e atuação frente a eles, orientação e educação sobre as mudanças fisiológicas que a gestante experimentará e prevenção de futuras ocorrências. Quando necessário é realizado visitas domiciliares e sempre a busca ativa nas gestantes faltantes.

O curso me proporcionou durante as leituras complementares conhecimentos que não aplicava nas minhas pacientes. Por exemplo na prevenção da pré-eclâmpsia para as pacientes de risco, o uso do cálcio se mostrou benéfico como relatado pela Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia onde diz que a biblioteca Cochrane apresenta uma revisão sistemática de ensaios clínicos que compararam a ingestão de cálcio com placebo, sendo incluídos 12 estudos de boa qualidade com 15.206 gestantes.

Observou-se redução do risco de hipertensão ($RR=0,70$; $IC95\%=0,57-0,86$) e de pré-eclâmpsia ($RR=0,48$; $IC95\%=0,33-0,69$) com a suplementação de cálcio quando comparado ao placebo. O efeito foi maior nas gestantes de alto risco ($RR=0,22$; $IC95\%=0,12-0,42$) e naquelas que apresentavam deficiência de cálcio

(RR=0,36; IC95%=0,18-0,70). De acordo o caderno de atenção básica número 32 do pré-natal de baixo risco aponta o modelo de acompanhamento de pré-natal por médicos generalistas reforçando o que deve ser oferecido para as gestantes.

O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas pacientes em casos de complicações durante o acompanhamento (grau de recomendação A – nível de evidência I). Sendo assim concluo a importância de permanentemente estar em contato com as pacientes apontando para a melhoria do cuidado, promovendo a saúde e prevendo de maneira integral eventos adversos.

Dado a hipertensão arterial como base deste trabalho focarei sobre a prevenção da síndrome hipertensiva própria da gravidez, onde tenho pacientes com tal patologia. A maioria das pacientes apresentam obesidade, sedentarismo, uso do tabaco, antecedentes obstétricos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, antecedentes familiares de HAS. Sem dúvida o pré-natal é realizado em nossa unidade, adotando a unidade como responsável destas pacientes, porém são enviadas ao pré-natal de alto risco devido que foi mostrado nível de evidencia II no caderno de atenção básica nº 32.

Para a prevenção da pré-eclâmpsia, não se recomenda prescrever ácido acetilsalicílico para gestantes normais (grau de recomendação A); porém, para mulheres com risco moderado e elevado de pré-eclâmpsia, o uso de baixas doses pode ser útil, devendo ser iniciado na 12^a à 14^a semana de gestação (grau de recomendação B) (POLI-DE-FIGUEIREDO, 2010). A suplementação de cálcio não é recomendável para as gestantes que ingerem quantidades normais desse íon (grau de recomendação A), mas admite-se que a sua suplementação oral possa ter efeitos favoráveis na prevenção entre gestantes de moderado a alto risco e com baixa ingestão.

Cabe lembrar também que se recomenda o uso de sulfato de magnésio para prevenir eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia grave (grau de recomendação A) e para a prevenção de eclâmpsia se a pré-eclâmpsia for leve, porém com impacto diferente (grau de recomendação B). Mencionado essas medidas preventivas, destaco que me apoio no caderno de atenção básica, como referência frente as intercorrências diárias das pacientes.

Hoje na área de atuação da minha unidade a HAS não só acomete pacientes idosos, ou com antecedentes familiares marcados, mas também gestantes e alguns

adolescentes, onde hoje em dia existe um trabalho constante na educação em saúde para esse último grupo, pois estamos frente a uma nova geração com alto potencial de desenvolver hipertensão no futuro.

4. VISITA DOMICILIAR

A ESF além de trabalhar com doenças agudas e crônicas, prevenção e educação em saúde e outras inúmeras atividades, realiza também a visita domiciliar (VD) como instrumento e estratégia de saúde abarcando não só o individual de cada paciente, mas também coletivamente a partir do momento que conhece o entorno do mesmo. Na ESF III realizamos VD semanalmente independente de clima ou situações adversas, pois acreditamos a importância da mesma e a necessidade que implica cada caso. São realizados agendamentos via telefônica por familiares ou pacientes, pela equipe de enfermagem, odontológica, médica ou pelos agentes comunitários de saúde. É realizado um breve sumário da situação familiar/individual, priorizando casos mais urgentes e logísticas de locomoção.

Em linhas gerais a equipe que se desloca é composta pela enfermeira, médico, agente comunitário de saúde e quando disponível o condutor do veículo da secretaria municipal de saúde. O kit básico para tal deslocamento é composto com materiais para curativos, aferição da pressão arterial, medição de glicemia capilar, medicação que possa ser requerida, prontuários clínicos e solicitações/laudos de exames e receitas. Aproximadamente são realizadas 5 visitas semanais em média, destinando um turno da semana para tal. É realizado como mencionado um breve histórico prévio a todos os membros que participarão da equipe, sobre domicílio, família, condições do bairro, áreas de risco se requer cuidado extra, e sobre o caso em foco. Não necessariamente as visitas são destinadas de maneira pontuais a cobrir pacientes crônicos, gestantes, crianças entre outras e sim de acordo a demanda e a relevância de cada caso.

Quando inseridos ao bairro é realizado a análise do observado desde o veículo em movimento, situando córregos abertos, presenta de lixo acumulado, presença de bares ou pontos para uso/venda de drogas e o exterior e entorno do domicílio a ser visitado. É sempre apresentada a equipe aos integrantes do domicílio e interrogado sempre que possível todos os membros da família e cuidadores para obter o máximo

de informação que possa servir de instrumento para uma adequada atenção ao paciente. Felizmente quando solicitada a VD, existe um vínculo bom entre a ESF e a família em questão, podendo ser realizado um diálogo aberto e franco na maioria dos casos. Como exemplo menciono o caso apresentado na atividade 2, que foi de suma importância a participação familiar para detecção sobre a falta de adesão do paciente. É realizado a escuta ativa aos familiares e pacientes, demonstração de empatia com os cuidadores e um esforço de aumentar o vínculo da equipe com o domicílio já que muitos necessitam sentir que estão sendo acolhidos pela equipe de saúde.

A equipe hoje desenvolve o máximo esforço para realizar as visitas à domicílio devido ao grande número de idosos, portadores de doenças crônicas e invalidantes na nossa área de abrangência, inclusive realizando visitas nos veículos particulares ou caminhando. Recordo que fiquei aproximadamente 6 meses indo no meu próprio carro já que a prefeitura não disponibilizava veículo e em diversas situações fora do turno designado para as visitas domiciliares. A busca ativa é tópico em praticamente todas as reuniões de equipe onde é informado normalmente sobre gestantes e crianças faltantes ou não acompanhadas, com situação vacinal atrasada, com patologias que requerem cuidado e acompanhamento próximo mesmo que por tempo indeterminado.

Em casos pontuais é realizado visitas focada na vigilância epidemiológica, já que devido a demanda dos pacientes terminamos apresentando alguns casos para a vigilância sanitária ou aos órgãos responsáveis que possam auxiliar. O ponto negativo do meu ponto de vista das visitas domiciliares é o abuso por parte dos pacientes e familiares quando se trata da necessidade real da visita. Muitos familiares se aproveitam durante consultas, para trocar receitas e solicitar exames para “aproveitar” a presença da equipe. Alguns pacientes dramatizam situações para os agentes comunitários de saúde para receber visitas quando não necessariamente seria um problema real e existe a possibilidade de locomoção até a UBS.

Outro ponto frustrante é quando durante as visitas vemos pacientes quebrando acordos pactuados previamente para sua condição, como por exemplo pão e doces ao lado da cama de um paciente diabético, presença de embutidos e salgados para os hipertensos e inclusive má higiene em curativos. Acredito que deve ser realizado um maior esforço na minha equipe por parte dos agentes comunitários de saúde em “triar” as visitas, orientar de maneira mais assertiva e intensa sobre cuidados, dietas e tratamentos, já que vemos diariamente a necessidade de reforçar assuntos quando

já tenham sido dados por entendido. Inclusive ocorreu uma visita domiciliar fora da nossa área de atuação, já que o paciente vivia anteriormente em determinada micro área, onde ao realizar o breve sumário a agente de saúde relatou não saber o porquê da visita já que a mesma foi solicitada por um familiar ao recepcionista da UBS.

Então claramente vejo a necessidade de reforçar em cada reunião de equipe o planejamento adequado das visitas, oferecendo integralidade e equidade aos pacientes e familiares visitados.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao terminar a intervenção após doze semanas empenhadas a fins de beneficiar um grupo de doentes crônicos, posso afirmar que além dos resultados obtidos, cursei uma excelente experiência tanto profissional como pessoal, mudando rotinas e quebrando barreiras em pró do conhecimento adquirido durante a especialização. Primeiramente queria destacar os resultados da nossa intervenção, onde a primor avalio juntamente com a equipe um resultado muito positivo. Conseguimos cumprir a totalidade dos objetivos propostos, porém nos deixa a dúvida da prosperidade da intervenção. Essa dúvida surgiu na avaliação final em conjunto com a equipe devido as barreiras culturais, econômicas e burocráticas enfrentadas.

Como exemplo, realmente a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos aumentou, porém, muitos pacientes ainda são resistentes e influenciam negativamente o resto dos usuários com questões simples como a dieta hipossódica. Percebemos que muitos pacientes preferem utilizar medicação ao invés de realizar dieta e exercício. Também foi observado durante as palestras e sala de espera a quantidade de usuários diminui para quase 70% da primeira à última. Como barreiras burocráticas destaco a falta de contra referência, a demora na realização de exames, a demora para as consultas com outros profissionais e inclusive ausência oferecida de algumas áreas como nutricionista, profissional essencial para a avaliação completa dos pacientes. Dado isso foi plantada a dúvida para uma possível segunda intervenção, a persistência dos cuidados próprios dos usuários que terminam sendo desmotivados.

A intervenção possibilitou sem dúvida um maior vínculo médico-paciente, maior vínculo equipe-pacientes e entre membros da equipe. As palestras e salas de espera

foram realizadas com empenho por parte de todos os integrantes da equipe. Melhorou o trabalho conjunto e a sintonia diária dentro da UBS, favorecendo inclusive desenvolvimento de mecanismos e estratégias de funcionamento que não eram ligadas a intervenção.

Ao meu ponto de vista, realmente conseguimos aumentar a cobertura e melhorar não só qualitativamente, mas sim quantitativamente o atendimento aos hipertensos da nossa área, inclusive permitindo conhecer outras esferas e patologias a ser exploradas em cada usuário. Aprendi técnicas e estratégias que podem ser utilizadas como ferramenta no dia a dia e os casos oferecidos durante o curso são praticamente espelhos da nossa vivência profissional contribuindo muito para essa conquista. Em muitos momentos me apoiei no portfólio e no projeto de intervenção para criar mecanismos e desenvolver novas práticas onde muitas vezes não via mais solução ou maneira de abarcar certos temas, onde recorri a esses meios, para conquistar os objetivos propostos.

Reconheço que li e aprendi muito mais sobre os cadernos de atenção básica, hoje ferramenta fundamental para as atividades realizadas na UBS como a maior biblioteca de apoio imediato. Durante o curso aprendi fluxos e funcionamentos de gestão, que me serviram para orientar pacientes e a equipe, e entender como funciona realmente a organização da atenção primária de saúde. Atualmente quase a totalidade dos municípios no Brasil carecem de recurso onde chegamos a um momento crucial do saber priorizar e individualizar cada caso a fins de alcançar uma maior equidade aos pacientes, e isso só foi permitido e visualizado após ter realizado a especialização.

Agradeço a oportunidade de crescer como profissional, levando uma bagagem imensa de conhecimentos como médico da família e comunidade onde prevalecerá essa etapa presente em cada consulta realizada daqui em diante.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2013. 128 p.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Brazilian Journal of Hypertension, v. 17, n. 1, p. 4-64, 2010.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century. World Health Organization, 2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para atenção primária em saúde. Porto Alegre. Junho, 2009.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



DANIEL BELLIO DE FRANCESCHI

MELHORIA DA ATENÇÃO ÀS PESSOAS HIPERTENSAS NA UBS ESF-III

PORTO ALEGRE-RS

2017

1. INTRODUÇÃO

Atualmente sabe-se que hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil, dado sua prevalência que varia entre 22% e 44% segundo dados da sociedade brasileira de cardiologia. O diagnóstico é clínico dado pela pressão arterial maior – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg) e sustentado em várias oportunidades.

Além de associar alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, também se associa com outras alterações metabólicas que podem levar o paciente a um desfecho clínico desfavorável. Em 2016 na ESF (estratégia saúde da família) III temos aproximadamente 37% de pacientes hipertensos, os quais muitos carecem de acompanhamento clínico e não estão aderidos ao tratamento indicado, assim gerando um aumento considerável da morbi/mortalidade no território da equipe. Por essa razão foi escolhido como tema do projeto de intervenção a melhoria desse serviço brindado à população.

Há 3 anos a UBS (unidade básica de saúde) foi iniciada como ESF, porém nunca desenvolvido antes um trabalho sobre os pacientes hipertensos dado que nesses três anos houve um ciclo de médicos que não permaneceram mais de dois anos na unidade, assim dificultando o acompanhamento destes pacientes e de suas famílias. Procuro impor meu máximo esforço para dar cabo uma mudança na qualidade de vida e principalmente na melhoria da atenção proporcionada aos mesmo.

Considero de suma importância aumentar o número de atividades educativas para prevenção de fatores de risco destas doenças, como por exemplo, a obesidade, hábitos alimentares que não são saudáveis, sedentarismo, alcoolismo e tabagismo, tendo sempre em vista que o trabalho em equipe é essencial para conseguir modificar os estilos de vida da população. Tendo em vista tudo isto, começaremos a realizar os grupos educativos para estas pessoas, ação que ainda não existe na UBS.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a atenção em saúde nos pacientes hipertensos dentro do território da ESF III (Dr. Carlos Ovalo Chaves) de Jaguarão/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ampliar a cobertura dos hipertensos.
2. Melhorar a qualidade da atenção dos hipertensos.
3. Melhorar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.
4. Identificar hipertensos com risco para doença cardiovascular.
5. Promover a saúde de hipertensos no território da equipe.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). 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 a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

No Brasil, a prevalência média de HAS auto-referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). 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 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são

multiprofissionais, cujo 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. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

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 são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009). A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços.

Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Sempre que possível, a medida da PA deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de verificação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

4. METODOLOGIA

Esta intervenção clínica está estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas na ESF III, no município do Jaguarão/RS. Participarão da intervenção todas as pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica, com idade igual ou maior a 20 anos até 65 anos, incluindo homens e mulheres. Conjuntamente com as ACS, técnica de enfermagem e o médico, monitoraremos o número de pessoas com hipertensão através da ficha espelho, do prontuário clínico e a planilha de coleta de dados que iremos atualizando no final de cada semana.

Vamos garantir o registro de pessoas hipertensas adotando a ficha espelho, melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS através da capacitação da equipe, sensibilizando a importância da intervenção, visitas das agentes semanalmente marcando consultas que sejam de conveniência dos pacientes, e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS, materiais os quais já estão disponíveis na UBS.

E para melhorar as ações de acolhimento de usuários na recepção serão aprimoradas as ações tanto na demanda espontânea como nas consultas agendadas. Vamos informar a comunidade sobre a existência da intervenção, principalmente a través das ACS em suas visitas cotidianas, como nos atendimentos da técnica de enfermagem, nas consultas médicas e a través dos grupos educativos para este grupo de pessoas. Da mesma forma, também iremos informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Será feita uma capacitação para o cadastramento e atualização da população da área da UBS, para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Dita capacitação será realizada nas reuniões de equipe pelo médico da ESF.

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realizar grupo sobre HAS
- Pasta para arquivar fichas espelhos
- Caneta
- Impressora
- Computador para acesso dos prontuários eletrônicos
- Profissionais (médico, enfermeiro, aux. enfermagem, agentes comunitários de saúde)
- Esfignomanômetro
- Estetoscópio
- Requisição para exames laboratoriais
- Equipamento audiovisual

7. RESULTADOS ESPERADOS

Nessa intervenção, é esperado melhora a qualidade da atenção dos pacientes hipertensos, levar a cabo uma capacitação mais integral para os agentes de saúde em relação à hipertensão arterial já que são muitas vezes nossa porta de entrada aos pacientes, promover grupos de maneira incisiva e constante para conseguir uma maior adesão ao tratamento desses pacientes.

Orientar e capacitar enfermeiro e aux. de enfermagem sobre correta aferição da pressão arterial, diminuir vícios da aferição, e melhorar orientações sobre a mesma. Espero poder monitorar semanalmente os pacientes e dividi-los de acordo ao risco apresentado, não somente clínico mas sim desde um ponto de vista holístico incluindo grau de analfabetização, relação com familiares se houverem, estado de moradia, meio biológico, social, cultural, e psicológico.

Prevenir eventos cardiovasculares fatais e não fatais, diminuir internações ou consulta na emergência por hipertensão arterial adequando medicação de acordo com o controle seriado da pressão arterial que será realizado durante a intervenção. Por meio das salas de espera onde será dado palestras sobre hipertensão, pactuar com pacientes horários, consultas, receitas e atenção de urgência, visando aumentar a adesão do controle dos mesmos e poder compartilhar conhecimentos mutuamente.

Buscarei estimular a equipe de maneira positiva perante as doenças crônicas e em especial a hipertensão e mostrar o resultado final do mesmo como sucesso de toda a equipe, mostrando os mesmo a importância de cada um durante a intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2013. 128 p.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Brazilian Journal of Hypertension, v. 17, n. 1, p. 4-64, 2010.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century. World Health Organization, 2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para atenção primária em saúde. Porto Alegre. Junho, 2009.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51