

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Turma 05**

**ATENÇÃO À SAÚDE DE PACIENTES HIPERTENSOS. UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EUGENIO DE MELO, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – SP**

Sulanni Reyes Matos

Orientadora: Márcia Barbieri

**Projeto de intervenção apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da
Família – Modalidade à Distância –
UFPEL/UNASUS, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.**

**São Paulo
2015**

Sumário

	Página
1. Introdução_____	3
2. Objetivos _____	4
• 2.1 Geral_____	4
• 2.2 Específicos _____	4
3. Metodologia_____	4
• 3.1 Contexto da intervenção_____	4
• 3.2 Estratégias e ações_____	7
• 3.3. Avaliação e Monitoramento_____	8
4. Resultados Esperados_____	9
5. Cronograma_____	10
6. Referências_____	11

1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma condição clínica multifatorial, que se caracteriza por níveis elevados da pressão arterial e que provoca alterações funcionais nos órgãos alvos e alterações metabólicas, com aumento de risco de doenças cardiovasculares, sendo algumas delas fatais. No Brasil, a HAS é considerada um grave problema e sua 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 pessoas com mais de 70 anos.¹ Neste país, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são realizados, sobretudo, pelas equipes de Atenção Básica, cujo processo de trabalho está pautado no vínculo com a comunidade, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Assim, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da doença.²

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Eugenio de Melo possui 6 equipes de Estratégia Saúde da Família, as quais estão compostas por: 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 01 odontóloga, 01 auxiliar de saúde bucal e 4 ACS. Em relação à estrutura física, a unidade é composta por: 1 recepção, 9 consultórios (médico, enfermagem e odontologia), 01 sala de triagem, 01 farmácia, 01 sala de vacina, 01 sala de eletrocardiograma, 01 sala de reuniões, 01 copa e 01 sala de espera.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as mais frequentes. De acordo com um levantamento realizado, há 422 hipertensos e 134 diabéticos na área de abrangência. Atualmente, a adesão da população às ações oferecidas pela UBS é baixa, seja porque os pacientes portadores de HAS não estão adequadamente nela cadastrados ou, até mesmo pelo fato dos pacientes não realizarem acompanhamento na UBS por praticarem a automedicação, situação muito comum nesta localidade. O programa Hiperdia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos - muito auxilia no monitoramento dos pacientes, bem como na assistência deles durante as consultas. O acompanhamento dos hipertensos ocorre graças aos grupos formados na UBS.

A implementação das atividades de intervenção será muito proveitosa, porque qualificará esta ação programática à medida que conseguirmos atingir as metas e objetivos propostos.

Resultados esperados

A realização deste projeto possibilitará o envolvimento de toda a equipe, visto que todos os membros estão engajados no mesmo e isto fomentará o trabalho em equipe. Entre as principais dificuldades e limitações na realização da intervenção estão: garantir a participação ativa da comunidade nas ações propostas e a implementação de novas atividades na UBS, propostas pela intervenção. Assim, acredito que a intervenção fará com os indicadores sejam qualificados, uma vez que prestaremos uma melhor assistência aos portadores de hipertensão e/ou diabetes, bem como promoveremos saúde e qualidade de vida a este público, afinal, este é um dos nossos objetivos como trabalhadores da saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Promover a atenção em saúde de pacientes hipertensos pertencentes à Unidade de Saúde da Família Eugenio de Melo, município de São José dos Campos – São Paulo.

2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura de assistência aos pacientes hipertensos
2. Melhorar a qualidade da atenção aos pacientes hipertensos
3. Melhorar a adesão de hipertensos ao programa hiperdia
4. Melhorar o registro das informações

3. METODOLOGIA

3.1 Contexto da Intervenção

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos.

Meta 1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos ao programa

Meta 6: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 6: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 7: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 8: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 8: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 9: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 10: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 10: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

3.2 Estratégias e ações

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos pacientes hipertensos serão adotados como protocolos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, do ano de 2013.^{2,3} O registro de dados será feito na planilha de coleta de dados e na ficha-espelho disponibilizadas. Estima-se alcançar com a intervenção 38 pacientes hipertensos, será solicitada ao gestor municipal a impressão de fichas-espelho em quantidades suficientes, de modo que, cada paciente terá sua ficha própria.

Para o registro específico, a técnica de enfermagem preencherá e revisará o registro diário destes pacientes que incluem dados como: idade, peso, altura, pressão arterial, medicamentos em uso e o ACS que o acompanha na área. O médico será o encarregado de preencher nos demais instrumentos de coleta de dados, assim como no prontuário, se o paciente apresenta consulta em atraso, os exames clínicos e laboratoriais, a avaliação cardiovascular, as ações de promoção e prevenção em saúde; já a odontóloga preencherá as informações referentes ao atendimento realizado.

Na primeira semana da intervenção serão realizadas capacitações sobre os temas disponíveis nos Cadernos de Atenção Básica sobre HAS, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos. Serão abordados temas

como a correta verificação da PA, incluindo uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e orientações sobre a alimentação saudável, a prática de exercício físico e riscos do tabagismo. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade e para isto serão reservadas duas horas para treinamento da equipe. Os responsáveis pelas capacitações serão médico, enfermeira e a equipe do NASF.

3.3 Avaliação e monitoramento

Como forma de avaliação e monitoramento da intervenção, bem como para a organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica, durante as reuniões da equipe também serão discutidos as estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão; medidas que serão utilizadas para a busca de pacientes faltosos; a importância de aproveitar as visitas domiciliares para informar a comunidade sobre a importância dos pacientes comparecerem às consultas de acompanhamento na Unidade de Saúde, assim como informá-los sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Os profissionais serão treinados para identificar os pacientes que necessitam de cadastramento e acompanhamento no programa. Os profissionais que lidam diretamente com a assistência clínica ou com a realização de procedimentos com essa demanda serão instruídos quanto ao modo correto de preenchimento da ficha espelho e planilha de acompanhamento, assim como os procedimentos clínicos mínimos que devem ser anotados pelos profissionais no prontuário individual. Já o acolhimento dos pacientes hipertensos que buscarem o serviço será realizado por a técnica de enfermagem. Todos os pacientes que comparecerem à consulta, já sairão com a próxima consulta agendada, como forma de garantirmos que estes pacientes sejam, devidamente, acompanhados.

Serão disponibilizadas quatro horas semanais para o atendimento específico aos hipertensos. Já para as ações de promoção da saúde (palestras, salas de espera), serão destinados quinze minutos. Os encontros com os grupos de hipertensos serão programados na reunião da equipe.

A equipe de saúde buscará apoio da comunidade tendo por objetivo ampliar a captação de pacientes hipertensos que não comparecem às consultas e, aproveitaremos o momento para esclarecer à população sobre a necessidade do

atendimento a este grupo. A médica da unidade uma vez por semana examinará as fichas dos hipertensos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. Será identificado o ACS responsável por cada paciente e solicitado que o mesmo realize uma busca ativa daquele paciente com atraso e, ao fazer a busca, já agendará um horário de conveniência do paciente.

Com apoio dos profissionais do NASF, os pacientes hipertensos e, além de seus familiares serão orientados sobre a importância da alimentação saudável, bem como de atividade física regular. Estas orientações acontecerão tanto por meio de palestras, salas de espera, atendimento individual e reuniões de grupos.

4. Resultados esperados

A realização deste projeto possibilitará o envolvimento de toda a equipe, visto que todos os membros estão engajados no mesmo e isto fomentará o trabalho em equipe. Entre as principais dificuldades e limitações na realização da intervenção estão: garantir a participação ativa da comunidade nas ações propostas e a implementação de novas atividades na UBS, propostas pela intervenção. Assim, a intervenção fará com os indicadores sejam qualificados, uma vez que será prestada melhor assistência aos portadores de hipertensão e/ou diabetes, bem como será promovido saúde e qualidade de vida a este público. Desta forma pretende-se:

- 1- Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde;
- 2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
- 3- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
- 4- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 5- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;
- 6- Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
- 7- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

- 8- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 9- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
- 10- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;
- 11- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;
- 12- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

5. CRONOGRAMA

Atividades	Semanas															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão	X															
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Cadastramento dos hipertensos da área de abrangência da equipe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do hipertenso solicitando apoio para a captação de hipertensos para as demais estratégias que serão implementadas.	X				X				X				X			
Atendimento clínico dos hipertensos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de Hipertensos				X				X				X				X

Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos faltosos	X															
Busca ativa dos hipertensos faltosos às consultas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de visita domiciliar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

6. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Bras Hipert. 2010;17(1):7-10.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.