

TITULO:

Doença Cardiovascular na atenção primária: O desafio da captação e acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Aluno: Thiago de Andrade Geraldes

Orientadora: Célia Regina Sinkoç

INTRODUÇÃO:

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, assim como outras doenças cardiovasculares, vem aumentando gradativamente em nossa sociedade. A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sua prevalência varia entre 22% a 44% entre adultos, aumentando para 50% em indivíduos entre 60 e 69 anos e alcançando até mesmo 75% das pessoas acima de 70 anos (BRASIL.2013). Conseqüentemente há um número aumentado de mortes precoces e de morbidades relativas a estas doenças. Por isso aumentar a captação e realizar um acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, para um melhor controle pressórico e glicêmico, é um desafio na atenção primária á saúde. A não adesão ao tratamento também é um importante fator de risco para o surgimento dessas comorbidades (BRASIL ,2013).

A importância do diagnóstico populacional para controle da diabetes se justifica amplamente, pois, além da sua prevalência estar aumentando, o diabetes é a principal causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares. Já a hipertensão se baseia na sua alta prevalência e vários efeitos adversos à saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral (SANTA HELENA, NEMES, ELUF-NETO, 2010).

Conforme os parâmetros da programação preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), pelo menos 80% dos hipertensos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de Atenção Básica. Conforme os parâmetros de programação preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), espera-se que pelo menos 65% dos diabéticos estimados sejam acompanhados pelas equipes de Atenção Básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As prevalências estimadas de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na população de 15 anos ou mais no estado de São Paulo é de 19,3% para hipertensos e 6,0% para diabéticos segundo Manual Instrutivo Anexo -Ficha de qualificação de Indicadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A unidade básica de saúde Jardim Mitsutani, fica localizada na periferia da cidade de São Paulo, na zona Sul, no bairro do Campo Limpo. Atualmente é estruturada como unidade mista, ou seja, conta com 9 equipes da Estratégia Saúde da Família e também atua como UBS tradicional. Abrangendo uma população de aproximadamente 55mil pessoas.

A equipe Vermelha desta unidade conta com 2.964 pessoas cadastradas, sendo 397 hipertensas e 155 diabéticas. Totalizando 409 pessoas já cadastradas em uma planilha de acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos. A equipe conta com um médico, uma enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, e 5 agentes comunitárias de saúde. A equipe vermelha conta com apoio do NASF, que está na unidade três dias por semana, sendo composto por uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma fonoaudióloga e um fisioterapeuta. A unidade atualmente não conta com equipe de saúde bucal, porém existem 2 dentistas que realizam atendimentos na unidade três dias na semana.

Na equipe vermelha segundo dados do SIAB, temos 2.357 pessoas cadastradas com 15 anos ou mais, sendo que dessas 397 são hipertensas e 155 diabéticas. Totalizando 16,92% de hipertensos e 6,6% de diabéticos. O que indica que o número de hipertensos cadastrados está abaixo da estimativa estadual, refletindo um baixo índice de captação desses pacientes hipertensos ou falha no diagnóstico da hipertensão nos pacientes da área de abrangência. Já os pacientes diabéticos encontram-se acima da estimativa estadual.

 Estimativa HAS e DM equipe vermelha

Pensando neste contexto, como equipe de saúde é necessário intervir nesta realidade em busca de maior captação de hipertensos e manter o acompanhamento tanto de hipertensos quanto de diabéticos. É importante facilitar o acesso dos mesmos ao sistema de saúde, mais precisamente às consultas médicas e de enfermagem periódicas além das atividades de promoção de saúde, atividades físicas que colaboram para a manutenção da saúde!

O presente projeto de intervenção visa identificar todos os casos estimados de HAS e DM e acompanhá-los nos cuidados referentes à Atenção primária em saúde, na equipe Vermelha da UBS Mitsutani.

OBJETIVOS:

Objetivo geral: aumentar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pela equipe vermelha.

Objetivos específicos:

O objetivo deste projeto de intervenção é sensibilizar a equipe de saúde quanto ao número de hipertensos e diabéticos desacompanhados ou com atraso no acompanhamento, capacitando os profissionais médicos, enfermeiros e agentes

comunitários quanto a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento dos mesmos.

Local da Intervenção: Unidade Básica de Saúde Jardim Mitsutani e Visitas domiciliares.

Publico alvo: Pacientes Hipertensos, Diabéticos e pacientes com fatores de risco aumentado para hipertensão e diabetes.

Participantes: Médico da equipe, Enfermeira da equipe, dois Auxiliares de Enfermagem da equipe e as cinco agentes comunitárias de saúde da equipe.

Ações:

1 - apresentar proposta deste projeto de intervenção à equipe vermelha e identificar profissionais dispostos a colaborar.

2 - discutir dados coletados referente ao numero de cadastros e numero de estimados em ambas as doenças.

3 - apresentar à equipe quais principais fatores de risco (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença,etc), causas ,consequências das duas doenças e suas principais complicações.

4 - apresentar à equipe quais as principais orientações para ambas doenças: (reduzir consumo de sal e açúcar, controlar o peso, praticar atividade física regular, evitar tabagismo e uso excessivo de álcool, etc)

5 - Definir junto com a equipe algumas estratégias para aumentar a captação de casos novos - por exemplo:

- Instituir, como rotina de atendimento da equipe de saúde, a avaliação da pressão arterial de todas as pessoas adultas que comparecerem à unidade de saúde para algum atendimento.

- Realizar busca ativa de pessoas com hipertensão e/ou com fatores de risco para essa doença na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença e de suas complicações, etc)

- Realizar Busca ativa de pessoas com diabetes e/ou com fatores de risco para Diabetes Mellitus na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos, etc)

- Implantar o uso da Ficha B pelos ACS e supervisionada pela Enfermeira da área tanto para os diabéticos quanto para os hipertensos.
- Pactuar o numero de visitas domiciliares destinadas ao acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos impossibilitados de frequentar a unidade.
- Ofertar atendimento prioritário a Hipertensos e Diabéticos e para pacientes em busca do diagnostico, em horários acessíveis inclusive em algum final de semana, com prévia autorização do gestor da unidade.
- Promover ações educativas na comunidade, falando sobre hipertensão e diabetes, visando um aumento da captação desses pacientes.

Monitoramento e avaliação: Será comparados os dados de hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no ano de 2015, com os mesmos dados do ano de 2016(ano do planejamento da intervenção) e 2017 (ano da implantação da intervenção) de modo a monitorar e avaliar o efetivo o acompanhamento destes pacientes.

 avaliação e monitoramento

 estimativa e avaliação mes a mes

Resultados esperados: Aumento do diagnóstico e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na equipe vermelha.

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, 2013.
2. SANTA-HELENA, Ernani; NEMES, Maria Ines; ELUF-NETO, Jose. *Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família*. Cad. Saúde Pública 2010 Dez.;26(12):2389-98.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual instrutivo*. Brasília, 2012.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Oswaldo Cruz. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: um panorama da saúde no Brasil, Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à Saúde*. Brasília, 2008.

5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Melhorar o Acesso e a Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo – Anexo. Ficha de qualificação dos Indicadores. Brasília, 2012.