

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Nova Ramada é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul. Sua população estimada em 2004 era de 2602 habitantes. Emancipou-se em 1997. Possui uma área de 254,794 km² (RAMADA, 2020).

O município é formado por várias localidades interioranas, sendo 95% mantido pela agricultura. A população em sua grande maioria, vive na zona rural, sendo suas moradias típicas do campo, feitas de madeira ou tijolos. O saneamento básico é bem completo, porém, uma minoria da população, não tem o benefício. Uma das dificuldades seria o acesso as residências em dias de chuva, pois as estradas são de terra.

Provida de uma população de costumes simples, Nova Ramada sofre com problemas de saúde específicos. Como a cidade é movida pela agricultura, o uso de agrotóxicos é algo a se discutir, pois está relacionado a diversos enfrentamentos de saúde, entre eles, quadros alérgicos, neoplasias e distúrbios neurológicos. Outro ponto ligado ao tema seria a forte exposição ao sol e os malefícios causados a pele. Uma diversidade de problemas de saúde que de certo modo estão sendo superados, pois a cidade conta com um envelhecimento da população bastante significativo.

Junto ao envelhecimento da população, as doenças crônico-degenerativas tomaram seu espaço, trazendo consigo não apenas as comorbidades, mas toda uma modificação no modo de atender a essa população.

O município conta com um único meio de acesso à saúde que é a Unidade de Estratégia da Saúde da Família composta por uma equipe bastante completa e o NAAB. O total de pessoas cadastradas chega a um pouco mais de 2408 pessoas, sendo 858 famílias.

Por idade, temos 19 bebês menores de 1 ano, 347 crianças de 1a14 anos, 157 adolescentes de 15 a 19 anos, 1369 adultos com faixa etária de 20 a 59 anos e 516 idosos maiores de 60 anos.

Como na maioria das cidades, Nova Ramada está passando por transição no tipo de atenção oferecida. Sempre se trabalhou em direção as causas agudas, porém, como citado acima, as causas crônicas estão ganhando espaço e exigindo nova capacitação e manejo. Assim como os trabalhadores da saúde, a população deve se acostumar com as diferenças.

Para se ter ideia da crescente onda de cronicidade, até junho de 2019, eram 673 pessoas portadoras de alguma doença crônica. Como a Unidade de Saúde não consta de fiéis registros dessa população, não tenho, até o momento, a quantidade exata de casos.

Como médica da Unidade, constatei que a maioria das queixas são em virtude dessas doenças crônicas, entre elas, a dor crônica. Outras queixas que estão ganhando espaço, são as relacionadas à saúde mental, onde a depressão e a ansiedade generalizada são as mais fortes.

Estando preparada para atender principalmente as situações crônicas-agudizadas, a

equipe de saúde de Nova Ramada está vendo a necessidade de uma melhor organização do trabalho, para acompanhamento dos pacientes crônicos.

Após conversa com toda a equipe, vimos que uma Unidade Básica de Saúde tem que ter como objetivo não só a parte curativa, mas também a preventiva. Na unidade, estamos sendo resolutivos, porém, atendendo conforme vem a demanda, seja aguda, crônica ou crônica agudizada e não temos a separação dessas demandas bem definidas.

Não se tem um planejamento para prevenir as agudizações.

Portanto, o grande problema seria a falta de um manejo completo para pacientes crônicos. Sendo assim, o tema de estudo deste trabalho, o manejo do paciente crônico na ESF.

Após um levantamento de dados, chegamos à conclusão que entre as doenças crônicas, as que mais teriam vantagens em se organizar o manejo, seriam a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, por parte, pelo grande número de prevalência e por outra, pela diminuição do número de agudizações e melhora na qualidade de vida dos pacientes. Outro benefício seria a organização indireta do acolhimento.

O estudo necessário para se chegar a um manejo efetivo de pacientes crônicos é de extrema importância para todos os usuários do SUS, para equipe de saúde e para o paciente portador. Pois com ele temos alta probabilidade de um fluxo a ser seguido em todos os pacientes crônicos, prevenindo futuras agudizações e melhorando a qualidade de vida do paciente crônico e da sociedade que o cerca.

O projeto não é apenas de interesse do paciente crônico e da unidade, que de fato, organizaria parte do atendimento, mas também de toda comunidade. Mantendo as cronicidades acompanhadas e controladas, teremos mais oportunidades para receber a demanda aguda e propiciar atendimento mais efetivo a toda população.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Realizar acompanhamento periódico e planejado de pacientes hipertensos.

2.2 Objetivos Específicos

- Listar a quantidade de hipertensos na comunidade por micro áreas de saúde, identificando cada hipertenso pelo nome e idade.
- Agendar consulta para o paciente hipertenso e se houver falta do mesmo, realizar visita domiciliar, a fim de incentivar o paciente faltante a ir à unidade de saúde para consultas de rotina.
- Explicar as consequências da não aderência ao tratamento adequado. Organizar as medicações e incentivar o paciente a fazer uso destas. Fortalecer o vínculo do paciente com a acompanhante terapêutica da unidade.
- Explicar as consequências da não aderência a mudanças no estilo de vida. Oferecer acompanhamento com a nutricionista e com o educador físico da unidade.

3 Revisão da Literatura

Hipertensão arterial: conceito e epidemiologia

A hipertensão arterial sistêmica é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg (BRASIL et al., 2006).

Desde 1960 as doenças cardiovasculares têm sido mais comuns que as doenças infecto-parasitárias. Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo a primeira causa de morte (27,4%). Sendo a hipertensão arterial sistêmica considerada um dos mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Em 2018, o VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, obteve novos dados para nos dar a dimensão do problema na atualidade. 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão. Sobre a faixa etária, os seguintes dados foram obtidos: 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos. Sendo assim, a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos (DATASUS, 2020).

Fatores de risco

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2016, os fatores de risco da hipertensão arterial são: a idade, sendo os mais velhos com maior risco de desenvolver a doença; o sexo feminino; a etnia, onde as pessoas de raça/cor preta tem maior chance de acometimento pela hipertensão; o excesso de peso e a obesidade; o consumo excessivo de sal, a ingestão crônica de álcool; o sedentarismo; a baixa escolaridade; e os fatores genéticos (MALACHIAS et al., 2016).

Adesão ao tratamento

O tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) compreende desde as mudanças no estilo de vida ao tratamento medicamentoso. São vários os fármacos destinados à HAS, podendo ser utilizados em monoterapia ou em terapias combinadas, a depender dos estágios classificatórios e avaliação clínica do paciente. Exemplos deles são os diuréticos, antagonistas do sistema renina-angiotensina, antagonistas da aldosterona, betabloqueadores, antagonistas do canal de cálcio, simpaticolíticos, vasodilatadores diretos (HARRISON et al., 2016).

Segundo HORWITZ (1993), adesão é a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar a mudança do estilo de vida e comparecer as consultas médicas, coincide com o tratamento de saúde. E segundo Pierin (2004), são vários os fatores que interferem no processo de adesão e podem estar relacionados a características biossociais, crenças, hábitos de vida e aspectos culturais do

paciente, além das relativas às doenças e ao tratamento.

Em um estudo publicado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2019), o aumento da cobertura do tratamento da hipertensão arterial para 70% isoladamente poderia retardar 39,4 milhões de mortes em 25 anos. A adição de redução no sódio em 30% poderia acrescentar outros 40 milhões de mortes (isoladamente a redução do sódio pouparia 43,4 milhões de vidas). Considerando-se o gênero, essas duas intervenções em indivíduos com menos de 70 anos, teriam maior impacto entre os pacientes do sexo masculino.

Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a responsável pela organização do cuidado à saúde do indivíduo, de suas famílias e da população. Por isso deve ser orientada pelos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (STARFIELD, 2002).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2011), são três funções essenciais atribuídas a APS: resolutividade, através da qual lhe cabe, a partir da sua capacidade cognitiva e intelectual, a resolução de 85% dos problemas de saúde pública da população; comunicação, pela qual responsabiliza-se pela referência e contra referência das pessoas, dos produtos e das informações geradas pelos diversos componentes da rede; e a responsabilização, que compreende a vinculação com a população adscrita a partir da organização territorial, da gestão e da responsabilidade sanitária e financeira (OPAS, 2011).

No Brasil, principalmente nas últimas décadas, vem acontecendo uma ampla mobilização para implantar ações com fins preventivos, de tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica por meio da reorganização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e assim fornecer a rede básica de saúde um maior poder de resolução nas questões que se relacionam a doença (JÚNIOR *et al.*, 2010).

Para obter o controle dos níveis pressóricos de pacientes hipertensos é preciso um maior empenho por parte dos profissionais da AP, sob a forma de trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade (CONASS, 2004).

Estratégias vêm sendo utilizadas para otimizar o atendimento e acompanhamento de pacientes hipertensos na APS. No Brasil, destaca-se o protocolo para diagnóstico da HAS proposto pelo Ministério da Saúde (Grupo Hospitalar Conceição, 2009) e o da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SRS *et al.*, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), através das suas ações e formas de organizar o processo de trabalho, deve realizar o acompanhamento dos hipertensos através das consultas mensais, por profissional médico ou enfermeiro, com aferição do peso, pressão arterial, orientações e prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promovendo assim o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento instituído.

Com existência de protocolos e recomendações para diagnóstico e acompanhamento

dos portadores de hipertensão elaborados pelo Ministério da Saúde, Associações e Secretarias Municipais de Saúde, surgiu a necessidade de realizar um instrumento de consulta e acompanhamento para hipertensos, que possa ser utilizado pela equipe de saúde da família, como forma de operacionalizar, sistematizar e objetivar a consulta, obtendo o vínculo com o paciente, favorecendo a adesão ao tratamento, e por conseguinte, o controle dos níveis pressóricos.

4 Metodologia

A ideia desse estudo surgiu através de um estudo epidemiológico, no qual um mapa foi realizado com as principais doenças e agravos (HAS, DM, tabagismo, alcoolismo, áreas com risco de dengue) que acometem os usuários da área de abrangência, da Unidade de Estratégia da Saúde da Família de Nova Ramada - RS. Este mapa foi dividido por famílias, e cada família recebeu uma classificação de risco. Assim, pudemos trabalhar com as famílias em que estavam em maior risco, ou seja, com mais fatores de risco.

Através desse trabalho foi observado que o atendimento dos pacientes pela Unidade, acontece conforme a demanda exige. Doenças crônicas e doenças agudas se misturam. A maioria dos usuários que chegam à Unidade, é em decorrência de doença crônica agudizada e esses acabam recorrendo diversas vezes à Unidade, superlotando o acolhimento e dificultando o acesso de pessoas que, quase nunca, visitam a Unidade.

Nossa área de saúde abrange um total de 2408 pessoas. Em registro antigo, datado de 2018, Nova Ramada teria 656 pessoas portadoras de doenças crônicas. Porém, através do estudo epidemiológico citado acima, foi visto que esse número aumentou.

Em pouco mais de um ano de trabalho na Unidade, já realizei diversos novos diagnósticos de doenças crônicas, entre elas, a hipertensão arterial sistêmica.

Visto assim que os dados epidemiológicos estão desatualizados e a grande necessidade de acompanhar esses pacientes crônicos, decidi realizar esse estudo, começando pelos hipertensos.

Como primeira meta, devemos conhecer a quantidade exata de hipertensos cadastrados na comunidade.

- Para isso será preciso realizar listas com os nomes de cada hipertenso por microáreas de saúde, identificando cada usuário por nome e idade.

- Precisaremos da ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), da enfermeira chefe e da médica da ESF.

- Uma reunião deverá ser realizada com as ACS e com a enfermeira responsável pelas agentes, para explicar o trabalho que será realizado, suas finalidades e como cada uma poderá contribuir. Cada ACS ficará responsável por uma lista de hipertensos de suas microáreas, com o nome, idade e endereço desses cidadãos.

- A enfermeira chefe, estará responsável pelo recebimento das listas prontas.

- A enfermeira chefe e a médica se reunirão para conferir as listas e realizar uma lista geral com todos os hipertensos, datada e com o número exato atualizado desses pacientes.

- Data de início da ação: 10/01/2021.

- Data de entrega das listas: 10/03/2021.

A segunda meta será a de acolhimento de todos os pacientes hipertensos, pelo menos com uma primeira consulta cada.

- Em trabalho conjunto com a secretária, as ACS, a enfermeira chefe e a médica da ESF, todos os pacientes devem ser agendados para uma primeira consulta com a médica.
- A prioridade deverá ser o atendimento na Unidade de Saúde, com a médica.
- Nessa consulta, dados do paciente serão coletados e registrados em prontuário eletrônico (E-SUS) e em uma ficha cadastral para hipertensos, que deverá ficar sobre responsabilidade da médica e da enfermeira chefe.

Na ficha cadastral, apenas será anotado dados que não comprometam o sigilo médico e que serão autorizados pelo paciente, a fim de conseguir um acompanhamento mais efetivo e rápido. Nessa ficha a prioridade será ter por escrito, as datas das consultas realizadas e a data da próxima consulta.

- Ainda na primeira consulta, a adesão ao tratamento deverá ser verificada e em necessidade de ajustes, esse deverá ser feito. O essencial, será sensibilizar o paciente e seus familiares, sobre a importância do tratamento e acompanhamento conjunto com a ESF.

- Os exames laboratoriais necessários para o acompanhamento de pacientes hipertensos, de acordo com o Ministério da Saúde, deverão ser solicitados e utilizando dos seus resultados, o Risco Cardiovascular pelo Escore de Framingham deverá ser feito, para fins de acompanhamento.

- A secretária deverá organizar a agenda de modo que não atrapalhe a demanda espontânea. Sugestão seria criar um dia fixo da semana para hipertensos.

- Data de início da ação: 15/03/2021
- Data de término da ação: 30/09/2021

A meta três é a captação dos usuários que não compareceram à Unidade de Saúde para a primeira consulta.

- Essa ação consiste em reagendar nova consulta para aqueles pacientes faltosos ou na impossibilidade de o paciente comparecer à Unidade, agendar uma visita domiciliar.

- Para esta ação, necessitaremos novamente da secretária, das ACS, da enfermeira chefe e da médica da ESF.

- Essa ação poderá ocorrer simultaneamente com a segunda ação.
- Data final para se ter ao menos uma consulta por hipertenso: 31/10/2021

A quarta meta implica no acompanhamento de cada hipertenso, visando um tratamento efetivo, com metas pressóricas, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, alcançadas.

- Aqui temos a importância de se manter um acompanhamento efetivo. O mais importante dessa ação, é influenciar o paciente à mudança do estilo de vida, que é a base do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

- Para essa ação estarão responsáveis a secretária, os ACS, a enfermeira chefe, a médica da ESF, a nutricionista, o educador físico e a psicóloga.

- Primeiramente uma reunião deve ser realizada para explicar a importância do trabalho e seus resultados. Cada profissional poderá contribuir, utilizando-se de seus conhe-

cimentos. Para isso o agendamento de consultas com esses profissionais deverá ser feito para cada paciente hipertenso, pelo menos uma vez.

- Data de início: 01/11/2021
- Sem data de término. O acompanhamento deverá ser contínuo e fazer parte da rotina da Unidade.

5 Resultados Esperados

Com essa proposta de aperfeiçoamento no atendimento aos usuários hipertensos, podemos chegar a resultados bastante significativos. É esperado que o paciente portador de hipertensão arterial, bem acompanhado, apresente menores taxas de complicações decorrentes da doença. Com menos complicações, a qualidade de vida é melhorada e não apenas com o olhar voltado ao indivíduo, os familiares também serão beneficiados, visto que essa doença pode levar a morbidades que enquadrariam todo o entorno social do paciente.

O portador de hipertensão arterial sistêmica, bem controlado, recorre menos à Unidade de Saúde, pois vem apenas as consultas de rotina, previamente agendadas, para reavaliação do quadro e do risco cardiovascular. Todo esse manejo deve ser previsto pela equipe, podendo acessar aos demais níveis de saúde, se necessário, a tempo de evitar desfechos desfavoráveis.

Além de organizar o fluxo da Unidade, os pacientes em acompanhamento contínuo, teriam menos episódios de agudizações do quadro. Colaborando assim, para não superlotar os serviços de urgência e emergência.

Após aplicar essa organização do trabalho com os hipertensos, o mesmo cuidado com outros pacientes crônicos devem ser realizados. Caminhando aos poucos, podemos melhorar toda rotina da Unidade Básica de Saúde em questão e principalmente, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares

Referências

- BRASIL, M. da S. et al. *Caderno de Atenção Básica n.º 15: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 13.
- CONASS, C. N. de Secretários de S. *Acompanhamento e avaliação da atenção primária*. Brasília: CONASS, 2004. Citado na página 14.
- DATASUS. *SIAB*. 2020. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 18 Mai. 2020. Citado na página 13.
- HARRISON, T. R. et al. *Harrison. Princípios de Medicina Interna*. México-DF: McGraw-Hill, 2016. Citado na página 13.
- JÚNIOR, M. et al. *Avaliação e adesão ao Protocolo de Hipertensão Arterial da Secretaria de Saúde de Curitiba*. Curitiba: Arq Bras Cardiol, 2010. Citado na página 14.
- MALACHIAS, M. et al. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Rio de Janeiro: SBC, 2016. Citado na página 13.
- OPAS, O. P.-A. de S. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS*. Brasília: OPAS, 2011. Citado na página 14.
- RAMADA, M. de N. *Dados históricos*. 2020. Disponível em: <<https://www.novaramada.rs.gov.br/menu-municipio/menu-dados-historicos>>. Acesso em: 22 Mai. 2020. Citado na página 9.
- SRS, F. et al. *Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2009. Citado na página 14.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília-DF: UNESCO, 2002. Citado na página 14.