



CIRA DELIA VALDIVIA GRANA

**ACOMPANHAMENTO DE UM PACIENTE HIPERTENSO COM COMORBIDADES NO
ESF BAIRRO BRASÍLIA DO MUNICÍPIO CERRO LARGO**

**CERRO LARGO
2017**



CIRA DELIA VALDIVIA GRANA

**ACOMPANHAMENTO DE UM PACIENTE HIPERTENSO COM COMORBIDADES NO
ESF BAIRRO BRASÍLIA DO MUNICÍPIO CERRO LARGO**

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

**CERRO LARGO
2017**

RESUMO

O projeto de intervenção tem o título Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão na ESF 1 Bairro Brasília, Cerro Largo/RS, 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, na unidade que eu trabalho apresenta o mesmo comportamento que o resto do país, razão pela qual a equipe tem interesse de estudar e fazer trabalho de promoção de saúde. Como objetivo geral: Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão, na ES. Ampliar a cobertura de atenção aos hipertensos da área de abrangência da equipe. Melhorar a adesão de hipertensos ao programa HIPERDIA, Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular e Promover a saúde dos hipertensos. RESULTADOS ESPERADOS com o trabalho: Melhorar o estado de saúde da população hipertensa de minha área de saúde, Fazer acompanhamento do maior número de pacientes hipertenso de minha área de atenção, Aumentar o número de pacientes hipertensos ao programa Hiperdia, Identificar os pacientes com risco elevado para doenças cardiovascular, com a finalidade de diminuir a morbimortalidade, Motivar as mudanças nos hábitos de vida da população hipertensa, Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Depressão, Hipertensão arterial, Promoção da Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. CASO CLINICO.	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	9
4. VISITA DOMICILIAR	10
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	12
REFERÊNCIAS	13
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	14

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Cira Delia Valdivia Grana, doutora em Medicina do ano 1990 e Especialista em Medicina Geral Integral do ano 1993, com 26 anos de trabalho em Atenção primária da saúde, atuante do programa mais médicos para Brasil desde dezembro 2015 em o Município Cerro Largo - RS. O município Cerro largo/RS tem uma população de 13 289 habitantes que possui 3 Unidade Básica de Saúde com Estratégia da Saúde da Família e quatro Equipes Básicos De Saúde que oferece atendimento, a maioria da população mora em a cidade.

Eu trabalho em UBS Nº 1. Bairro Brasília. Minha equipe de saúde presta atendimento a 3255 pessoas está composto por 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 2 trabalhadores de serviços gerais, 8 agentes de saúde, além de apresentar farmácia, esta constituída por uma sala da espera, uma oficina da direção, dois consultório médicos com sanitário, um consultório da dentista, uma farmácia, uma sala para armazenamento de medicamentos, quarto de almoxarifado, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, sanitário para pacientes sem barreiras arquitetônicas, sanitário para funcionários, cozinha, deposito de material de limpeza, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, expurgo, deposito para ao lixo contaminado, escovario.

O município consta com outros 3 equipes básicos, ambulância SAMU, um ginecologista e 2 médicos geral que trabalha em o hospital, além de contar com serviço de ultrassonografia, Raio X , e laboratório, o resto de pacientes que precisam avaliação por outros especialidades são encaminhados para a cidade de referência para nossa macrorregião. Em nossa área de abrangência a população e pobre que precisa de atenção básica mais que outras áreas do município por não constar com recursos. Os maiores números de atendimentos em consulta em minha área de trabalho são por doenças osteoarticulares, hipertensão arterial e diabetes mellitus, eu encaminho meu trabalho em ações de saúde de promoção e prevenção, ajudando a elevar a qualidade de vida de a população atendida.

A hipertensão arterial representa um dos principais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares e uma das principais causas de morbimortalidade na

população brasileira. A hipertensão afeta do 22% ao 44% da população adulta com mais de 20 anos (Brasil, 2013), no Brasil. Temos um total estimado de 328 hipertensos (10,7%) com 20 anos ou mais, que fazem acompanhamento na UBS, se evidenciando um registro muito baixo na incidência e prevalência da HAS na nossa área de atuação, ficando muito além das estatísticas nacionais. O trabalho em nosso posto está bem organizado e planejado para o atendimento de toda a população. Prestando os serviços de assistência médica para doenças agudas e crônicas, visitas domiciliares e palestras públicas com ênfase em prevenção.

Nas visitas domiciliares, principalmente na zona rural, a população fica muito agradecida com a nossa presença, porque este tipo de atendimento nunca havia sido efetuado, conhecendo os principais fatores de riscos, assim como o meio em que vivem os pacientes. São momentos importantes para trocar ideias, estilos e modos de vida. Agora o mesmo tem uma melhor percepção dos fatores de risco das doenças mais comuns que os acontecem.

2.CASO CLINICO

Paciente CLA é levado a unidade básica de saúde pela esposa, que refere que ele acordou um pouco tonto, apenas ela conseguia entender o que ele falava. Na hora do café o senhor teve dificuldade para tomar o leite, pois saia pôr o lado esquerdo da boca, e depois não pode assegurar a xícara e está caio no chão. Foi então quando ela sai procurando ajuda dos vizinhos para levar a ele para uma avaliação pelo médico porque não está bem. Refere que tem antecedentes de hipertensão arterial que toma medicamentos, hoje não tem tomado nenhum ainda.

Exame físico: Paciente consciente orientado em tempo, espaço e pessoa, que responde ao interrogatório com linguagem disártrico, memória de fixação e evocação conservada, fascie característica de processo patológico, marcha afetada por déficit motor.

Cabeça: ptose palpebral direita, desviação da comissura labial a esquerda. Pescoço: sem alterações. Aparelho respiratório: tórax eupnêico, sem esforço respiratório. Expansibilidade preservada bilateralmente. Murmúrio vesicular audível um universalmente, não ruídos adventícios. FR: 18. Aparelho cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, ausência de soprosou extrassistoles. PA: 170/110. FC: 86.

Abdômen: plano, não alterações na pele, ausência de massas.

Osteomioaarticular: perda da força muscular do hemicorpo direito, hemicorpo esquerdo apresentatônus e força muscular sem alterações. Diagnostico: Hipertensão arterial descontrolada.

Acidente vascular cerebral

É ligado o SAMU para o encaminhamento do paciente ao hospital para realização de exames pertinentes e tratamento oportuno. Na chegada ao hospital é feita uma tomografia axial computadorizada de crânio, diagnosticando-se isquemia da artéria cerebral media a direita. Ficou internado com tratamento por um termo de 7 dias. Após da alta hospitalar volta à unidade de saúde para ser encaminhado para fisioterapia para sua pronta inserção na sociedade. Pois ele não quer ficar de

cadeiras de rodas.

Tratamento medicamentoso: Captopril 25 mg 1 cp 8/8 horas. Sinvastatina 40 mg 1 cp ao dia à noite. Hidroclorotiazida 25 mg 1 cp ao dia cedo. AAS 100mg 1 cp ao dia no almoço. Orienta-se ao paciente sobre à importância de fazer a tratamento indicado na hora certa.

Encaminhamento para fisioterapia. Fazer controle da pressão para avaliar eficácia do tratamento. Reavaliação em três meses.

Dois meses após foi feita uma visita domiciliar junto a sua agente comunitária de saúde observando-se avanço notável na sua recuperação motora, usa uma bengala para prevenir as quedas, faz suas atividades sozinho. Se sente bem. Bom estado geral. Alimenta-se sem dificuldade. Dorme bem.

- PA: 130/85.
- FC: 86
- Temperatura: 36,2
- Saturação de oxigênio: 98.

Orientações gerais, manter a medicação e sua assistência à fisioterapia. Aos 3 meses foi na unidade para fazer a conferir sua pressão e a renovação da receita de seus medicamentos. Refere já não precisa do uso da bengala, voltou a suas atividades. Cuida-se muito para manter a pressão dentro de níveis normais, já tem a experiência dos efeitos da hipertensão arterial mal tratado sobre nosso corpo.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A atenção primária de saúde é a porta de entrada ao sistema único de saúde, é a responsável tanto da prevenção como do diagnóstico precoce das doenças assim como o acompanhamento dos pacientes ao longo de sua vida. Mas os pacientes têm um conceito errado disto, eles acham que nosso trabalho é só a troca das requisições dos exames, os encaminhamentos e a renovação de receitas. Por esta razão o começo de meu trabalho foi muito intenso, primeiro tentando trocar o modo de trabalho da equipe e depois e mais difícil ainda modificar o pensamento dos pacientes.

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), na minha unidade apresenta o mesmo comportamento que o resto do país, razão pela qual a equipe tem interesse de estudar e fazer trabalho de promoção de saúde.

Com a ajuda da enfermeira começamos a consultar todos os pacientes que foram a conferir sua pressão arterial. Muitos deles andavam nas ruas com níveis de pressão acima nos estipulados pela OMS e disseram não tinham padecimento nenhum. Foi onde percebi que a unidade tinha um sub registro de hipertensão arterial, o que aumentou meu interesse na promoção e prevenção de saúde.

Cada manhã antes do começo da consulta no momento em que as enfermeiras fazem a triagem aproveito a concorrência dos pacientes para oferecer palestras e a lês convidar para sua assistência a consulta. Pouco a pouco foi aumentando o número de pacientes diagnosticados com hipertensão arterial. Outra luta importante para a equipe é a má adesão ao tratamento, pois eles não têm percepção do risco e é para onde temos direcionado nosso trabalho hoje. As agentes comunitárias de saúde fazem um grande aporte na busca ativa dos pacientes já que elas realizam visita domiciliar a maioria da população. O ministério da saúde tem programas priorizados como é a atenção ao pré-natal, a puericultura e a saúde mental.

No caso da atenção ao pré-natal a equipe faz promoção de saúde dentro de nossas possibilidades devido a que não é possível o atendimento de todas as grávidas,

já que elas decidem onde fazer seu acompanhamento. Más são feitas visitas domiciliares, o que permite determinar as condições higiênicas sanitárias assim como o relacionamento familiar. Temos identificadas as mulheres em idade reprodutiva com antecedentes de hipertensão arterial crônica e as que têm risco de desenvolver a doença. Oferecendo palestras com temas de interesse relacionados com os cuidados durante a gravidez, câmbios fisiológicos, importância da assistência a consultas e da realização dos exames solicitados pelo doutor assistente, sintomas de trabalho de parto, importância do aleitamento materno exclusivo, brindamos orientações sobre a consulta pré-natal.

4. VISITA DOMICILIAR

Na minha unidade de saúde as visitas domiciliares são feitas na segunda feira na tarde. O dia 13 de março do ano em curso a visita foi feita a o senhor CLA com 58 anos de idade quem sofreu de um acidente vascular cerebral de tipo isquêmico há 1 mês, a consulta no domicilio foi solicitada por sua esposa, pessoa encarregada de seus cuidados porque ele esta muito depressivo, sem vontade de fazer nada e acha que prefere morre antes que ficar em cadeiras de rodas.

Na chegada a sua casa o paciente encontrava se deitado aguardando por nos, muito triste, porque ele acha que é uma carga para sua esposa, que teve que deixar o trabalho para lhe atender porque seus filhos já no moram na cidade. O dinheiro que ela recebe não da para pagar um cuidador. Refere que dorme sem dificuldade e tem bom apetite, só que não consegue comer sozinho, tem imobilizado o lado direito do corpo. Já tem notado alguma melhora nos movimentos de seu corpo após começada as sessões de fisioterapia.

Exame físico: Paciente consciente orientado em tempo, espaço e pessoa, responde ao interrogatório com linguagem disártrico. Memória retrograda e anterógrada conservada. Face característica de processo patológico. Guarda um decúbito passivo obrigado. Hemiplegia á direita.

- PA: 140/90 mmhg
- FC: 86 bpm
- FR: 16 resp./min
- Temp: 36,2

Problema encontrado: Hipertensão arterial essencial. Sequela de AVC. Episódio depressivo moderado

ESTRUTURA DA FAMÍLIA E DO LAR

Vivenda de madeira com boas condições estruturais possui dois dormitórios, sala, cozinha e banheiro. Tem os moveis e eletrodomésticos básicos para a vida diária. Não tem carros. O casal teve duas filhas as quais são casadas e moram fora da cidade, trabalham e só vem a casa dos pais nas férias e algumas datas especiais, pelo qual oferecem pouco apoio aos pais.

Renda: O paciente trabalhava como diarista e sua esposa como domestica, neste momento não esta trabalhando para cuidar dele.

Medicamentos: consume medicamentos do posto e ou da farmácia popular.

Alimentação: a esposa é a encarregada da compra, elaboração e oferecimento dos alimentos

Plano: Psicoterapia de apoio. Fazer processo para fraldas para adultos conforme a estatura e necessidades diárias do paciente. Agendar visita domiciliaria de 15 em 15 dias pela equipe de saúde.

Discussão do caso na reunião de equipe para a vinculação e acompanhamento do paciente por outros profissionais como psicólogo, fonoaudiólogo, e assistência social para sua melhora e reincorporarão as atividades do cotidiano. Após a avaliação com o psicólogo foi necessário a introdução de medicação antidepressiva para ajudar na recuperação do episódio depressivo.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Depois de refletir sobre este período onde realizei o curso de especialização e meu trabalho eu posso dizer que tive câmbios positivos em minha atuação na atenção primária de saúde. Os que permitiram - me a realização de mudanças ,desde o começo de meu trabalho organizei junto com a equipe o processo de planejamento e organização dos serviços ,os pacientes assistiam a consulta sempre por demanda espontânea, só existia o grupo de hipertensão,não estava organizado as consultas dos pacientes com patologias crônicas, assim como as crianças e grávidas, Após ter feitas as tarefas do Eixo 1 do curso de especialização e ter conhecimento do funcionamento do SUS foi possível a organização de nosso trabalho

Segundo as diretrizes do SUS foi possível direcionar nosso trabalho no sentido das demandas, necessidades e realidades da área de abrangência, realizamos atividades de promoção e prevenção relacionado com os principais problemas de saúde, discutimos em reuniões de equipe e juntos a ACS os pacientes com necessidade de atenção domiciliar dando prioridade aos usuários mais carentes e garantir um melhor acompanhamento dos mesmos.

O curso de especialização online para mim foi uma experiência nova, resultando-me um pouco difícil e cansativo pôr o tempo que tem que passar o frente ao computador; tive dificuldade para acessar a todos os conteúdos, adquirindo habilidades no transcurso do curso e com ajuda dos tutores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.– Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 90 p.147 p (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
5. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Volume 17, números 1, pag,53-55.
6. MCWHINNEY, IR; FREEMAN, T. Manual de Medicina de Família e comunidade. 3ª ed. Porto Alegre. Artmed 2010.pag 278-296

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



CIRA DELIA VALDIVIA GRANA

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM HIPERTENSÃO NA ESF 1
BAIRRO BRASÍLIA, CERRO LARGO/RS**

**CERRO LARGO
2017**

1. INTRODUÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O Município de Cerro Largo está situado na Região das Missões, Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Inicialmente, fundada como Colônia de Serro Azul em 1902, Cerro Largo emancipou-se em 1955. Hoje, o município ostenta uma economia vibrante com agricultura, indústria e comércio em pleno desenvolvimento, além de grandes investimentos na saúde, educação, esporte, turismo impulsionado pelo trabalho, dedicação e empreendedorismo de seu povo.

O município possui uma população de aproximadamente 13.872 habitantes (IBGE 2013) e na organização dos serviços de saúde conta com 3 UBS e 4 ESF com uma cobertura de 100% da população do município. Todas as equipes possuem médicos clínicos gerais, enfermeiras, técnicas de enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB); além de ter um hospital privado e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Porém, temos disponibilidade de exames complementares e atenção especializada por meio de van-terapia, visto que os especialistas preferem centros maiores e não ficam em regiões distantes.

CARACTERIZAÇÃO DA ESF BAIRRO BRASÍLIA

A ESF Bairro Brasília, unidade da saúde número 1, onde está sendo desenvolvido o projeto de intervenção está localizada no bairro do mesmo nome (Bairro Brasília), na zona urbana do município, mas um grande número da população mora no interior. A localização facilita o acesso a toda a população e o atendimento é oferecido nos horários de 7:30 AM as 11:30 AM e das 13:00 PM até as 17:00 PM, de segunda a sexta feiras.

A unidade número 1, é vinculada 100% ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas a vinculação com instituições de ensino iniciou após a chegada dos médicos intercambistas do Programa MAIS Médicos para o Brasil (PMMB). O modelo de atenção é o modelo tradicional e conta somente com uma equipe composta por um médico clínico geral brasileiro, um médico do PMMB, um odontólogo, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma assistente de serviços gerais e oito ACS.

A área de abrangência da unidade possui uma população de 3.255 usuários, residentes na área urbana e rural, e em concordância com as estatísticas nacionais há leve predominância do sexo feminino com 1.634 (50,2%) mulheres e 1.621 (49,8%) homens.

A faixa etária com maior número de pessoa é a compreendida entre 15 e 59 anos totalizando 1.553 (47,7%) usuários.

CONTEXTUALIZAÇÕES DO PROBLEMA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na ESF Bairro Brasília. A hipertensão arterial representa um dos principais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares e uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão afeta do 22% ao 44% da população adulta com mais de 20 anos (Brasil, 2013), no Brasil. Temos um total estimado de 328 hipertensos (10,7%) com 20 anos ou mais, que fazem acompanhamento na UBS, se evidenciando um registro muito baixo na incidência e prevalência da HAS na nossa área de atuação, ficando muito além das estatísticas nacionais.

Avaliando os aspectos do processo de trabalho em relação à HAS considero que poderiam ser melhoradas as ações de pesquisa ativa na população com 20 anos ou mais para chegarmos especificamente mais próximos dos que apresentam fatores de riscos. Para um controle adequado dos usuários com estas doenças crônicas organizaremos o acompanhamento dos mesmos com uma frequência mínima anual de quatro controles (um deles podendo ser realizado por ocasião da visita domiciliar), e a realização de exames laboratoriais indispensáveis para esta doença com suas especificidades. Além dessas medidas serão criados grupos de hipertensos por micro área de nossa ESF para alcançarmos melhores indicadores de saúde para a população.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão, na ESF 1 Bairro Brasília, Cerro Largo/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar a cobertura de atenção aos hipertensos da área de abrangência da equipe.
- Melhorar a adesão de hipertensos ao programa HIPERDIA.
- Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular.
- Promover a saúde dos hipertensos.

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

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

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos

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 adstrita, 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. Os profissionais da AB têm importância primordial

nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão.

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais da AB possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas.

4. METODOLOGIA

Esta intervenção está estruturada para ser desenvolvido na Unidade de Saúde da Família (USF) Bairro Brasília, no Município de Cerro Largo. Participarão da intervenção 328 pacientes hipertensos maiores de 20 anos de idade.

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão, vamos adotar o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde, do ano 2013. Utilizaremos o prontuário individual do paciente, o prontuário não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos a classificação do risco de cada um dos pacientes com esta patologia; mas será elaborado um novo prontuário individual que complemente o anterior para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção.

Estimamos alcançar com a intervenção 100% das pessoas com hipertensão pertencentes à área de abrangência da unidade. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira com ajuda da técnica de enfermagem e das agentes comunitárias de saúde, fará um livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento nos últimos 4 meses.

Localizarão os prontuários destes usuários e, ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames clínicos e

laboratoriais em atraso. Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o caderno de atenção básica de Hipertensão Arterial, para que cada um dos integrantes da equipe utilize esta referência na atenção aos pacientes hipertensos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada uma hora nas sextas-feiras, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe.

Cada membro da equipe estudará uma parte dos cadernos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. O acolhimento aos usuários hipertensos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Pacientes com manifestações clínicas da patologia serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação; já os pacientes com problemas agudos devido à patologia serão atendidos no mesmo turno com caráter prioritário para agilizar o tratamento de intercorrências, nas consultas disponíveis para pronto atendimento; pacientes que buscarem consulta de acompanhamento de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias, e os que vierem à consulta programada sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes das diferentes micro áreas de nossa comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de: ampliar a cobertura de atendimento a hipertensos, melhorar a qualidade da atenção dos mesmos bem como a sua adesão ao programa, identificar aos que tem risco para doenças cardiovasculares e promover a saúde deste grupo tão vulnerável. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e sobre a necessidade de priorização do atendimento a este grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará os prontuários dos usuários hipertensos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou laboratoriais em atraso. As agentes comunitárias de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se avaliar a 10 hipertensos por semana totalizando 40 hipertensos por mês. Ao fazer a busca já agendar-se-á o usuário para um horário de sua conveniência. O odontólogo da equipe fará treinamentos com a equipe, uma vez por semana, com o objetivo de fornecer informações sobre a avaliação bucal adequada dos hipertensos.

Assim, os profissionais que prestam assistência direta a estes usuários, ou seja, médico e enfermeiro, durante as consultas farão a avaliação odontológica aos mesmos

e, aqueles que tiverem necessidade de tratamento ou de uma avaliação mais criteriosa, serão encaminhados para o odontólogo. A equipe buscará parcerias na comunidade para demandar, junto aos gestores municipais a garantia de mais recursos tanto material quanto humano na disponibilização do atendimento odontológico.

Com ajuda da nutricionista da Unidade orientaremos os usuários hipertensos bem como aos seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Durante as consultas, identificaremos os usuários que têm maior propensão às complicações futuras relacionadas à hipertensão e estes serão encaminhados para acompanhamento com a nutricionista, a qual disponibilizará, semanalmente, 08 vagas para os usuários hipertensos. Em relação às orientações sobre a importância da atividade física regular, a equipe realizará estas orientações durante palestras, salas de espera e consulta individual.

5. RECURSOS NECESSARIOS

5.1 RECURSOS HUMANO

- Enfermeiras
- Técnicos de enfermagem Pacientes hipertensos.
- Agentes comunitários de saúde
- Médico

5.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computador Impressora
- Folhas Canetas
- Prontuários dos pacientes

- Balança
- Esfigmomanómetro
- Listado dos pacientes

6. CRONOGRAMA

Atividades	Meses					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão Arterial	X					
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X					
Cadastramento de todos os hipertensos de nossa área de saúde.	X					

Desenvolver um questionário para que as ACS apliquem às famílias de sua micro área para a pesquisa ativa de novos casos de hipertensos diagnosticados fora da UBS, treinando as mesmas na sua aplicação.	X					
Aplicação do questionário pelas ACS no micro áreas.	X	X	X	X	X	X

Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão Arterial, solicitando apoio para as estratégias que serão implementadas.	X					
Desenvolver folders explicativos para que serem entregados nos domicílios, treinando as ACS para o uso desse material.	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico dos hipertensos.	X	X	X	X	X	X
Grupos de hipertensos.	X	X	X	X	X	X
Fazer o levantamento dos pacientes hipertensos que já foram consultados nesse ano.	X					

Fazer um levantamento de quantos hipertensos já foram alcançados, e ver	X						
---	---	--	--	--	--	--	--

os que ainda não tiveram avaliação e nem orientações de saúde bucal.						
Busca ativa dos hipertensos faltosos às consultas.	X	X	X	X	X	X
Criação de planilha para registro de dados.	X					
Fazer um levantamento de todos os dados obtidos, para registrar nessa planilha.						X
Discutir com a equipe se ouve melhoras, e solicitar opiniões/ criticas/ sugestões para seguir melhorando.						X
Fazer uma análise final e o levantamento dos dados.						X
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X
Elaboração do informe final.						X

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Melhorar o estado de saúde da população hipertensa de minha área de saúde.
- Fazer acompanhamento do maior número de pacientes hipertensos de minha área de atenção
- Aumentar o número de pacientes hipertensos ao programa Hiperdia.
- Identificar os pacientes com risco elevado para doenças cardiovascular, com a finalidade de diminuir a morbimortalidade
- Motivar as mudanças nos hábitos de vida da população hipertensa.
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar

REFERENCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)
3. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE, Ministério da Saúde. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro, 2014.
4. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9(1):23-
5. 41. 4. D.B. Chastain, H. Henderson, K.R. Stover
6. Epidemiology and Management of Antiretroviral-Associated Cardiovascular Disease. The Open aids Journal, 9 (2015), pp. 23–27 <http://dx.doi.org/10.2174/1874613601509010023> [Internet]