



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LORENA COMPTE RAMIREZ

MELHORIA NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SÃO PAULO
2018

LORENA COMPTE RAMIREZ

MELHORIA NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: FERNANDA FERREIRA MARCOLINO

SÃO PAULO
2018

Introdução

A hipertensão arterial constitui um reconhecido problema de saúde no Brasil. É uma doença crônica e também importante fator de risco para aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimentos cardíacos, cerebral, renal e vascular periférico, que terminam em um significativo número de complicações, muitas delas incapacitantes. Essas multiplicidades de consequências caracterizam esta doença, como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é determinada por elevados níveis pressóricos nas artérias, o que faz com que o coração exerça maior esforço do que o necessário para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É uma doença que ocasiona número elevado de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto econômico e social. Com o intuito de minimizá-la, no ano 2000, foi lançado um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica, onde diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações dos profissionais na atenção básica, promoção de atividades educativas e a criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) (BOING, 2007). Posteriormente, no ano de 2013, devido a relevância das condições crônicas como necessidades em saúde, foi instituída a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com o objetivo de promover a reorganização do cuidado e sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também a promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014).

A UBS Araçongal Oeste, no município de Registro (SP) apresenta população cadastrada de 3.500 habitantes, sendo 330 pessoas com HAS. Tem-se observando aumento da prevalência e incidência da HAS no último ano, desta forma a HAS é considerada um problema de saúde pública e deve ser amenizado. Essa condição requer cuidados essenciais do usuário e um estilo de vida adequado, por isso a equipe de saúde precisa envolver-se nesta problemática para prevenção de outras doenças e complicações.

Objetivos (Geral e Específicos)

Objetivo geral

- ♦ Melhor a atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde Arapongal Oeste, município de Registro, SP.

Objetivos específicos

- ♦ Ampliar a cobertura do atendimento às pessoas com hipertensão arterial.
- ♦ Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão arterial.
- ♦ Melhorar o registro das informações.

Método

Local: Unidade Básica de Saúde Arapongal Oeste, município Registro, São Paulo.

Público-alvo: Pacientes com hipertensão arterial do UBS Arapongal Oeste, que corresponde a 330 pessoas, ou seja, 9,4% do total da população cadastrada de 3.500 habitantes.

Participantes: Profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde Arapongal Oeste: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, administrativo, ACS, dentista, técnico em odontologia, nutricionista e educador físico.

Ações:

- ♦ A intervenção completa será desenvolvida no período de 6 meses, compreendendo de janeiro até julho do ano 2019. Para iniciar, será realizado um treinamento sobre hipertensão arterial sistêmica, durante um mês, baseado no diagnóstico, identificação dos fatores de risco e hábitos alimentares. Nesse momento serão reunidos profissionais da equipe (enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem, médico, agentes comunitários de saúde), além do educador físico e nutricionista, com a perspectiva de fomentar os conhecimentos sobre a doença, a técnica correta de aferição de pressão durante a visita domiciliar e as consultas, seja agendada, demanda espontânea ou controle.
- ♦ No segundo momento, após os levantamentos dos prontuários de hipertensos, será aplicada a escala de risco de Framingham revisada e atualizada pela VII Diretriz Brasileira de Hipertensão (SBC, 2016), o que ajudará a ter a classificação adequada de cada paciente, levando uma melhor programação dos acompanhamentos, concluindo com risco cardiovascular baixo, para aqueles com menos de 10% de chance de apresentar um evento cardiovascular em 10 anos; risco moderado entre 10 % e 20%; e risco elevado maior que 20%.
- ♦ Em outro momento do trabalho, será realizada a busca ativa, em áreas da comunidade, de pessoas com diagnóstico de hipertensão, mas que não realizam acompanhamento na UBS. Essa ação será realizada pelos ACS, durante as visitas domiciliares com atualização de cadastros das famílias.
- ♦ Execução de atividades educativas em grupos, segundo a classificação de risco cardiovascular, que serão programadas uma vez por mês na sala de reunião para pacientes com baixo e médio risco, dirigidas pela enfermeira, médica e ACS, facilitando o intercâmbio de informações sobre a doença, suas causas, como evitar complicações, aqui serão abordados também alimentação saudável, mudanças do estilo de vida, atividades físicas apropriadas. Isso irá permitir que no grupo ocorra troca de experiências pessoais para conseguir uma aprendizagem positiva da doença e possibilitar a mudança de comportamento do paciente, assim como fomentar autonomia e adesão ao tratamento, o que facilitará uma melhor qualidade de vida.
- ♦ Após a classificação da escala, aqueles pacientes de risco de evento cardiovascular alto

- * (acima do 20%) serão atendidos a cada quatro meses, alternando consultas médicas e de enfermagem; serão programadas atividades de grupo duas vezes por mês apoiados pela equipe do NASF, além da equipe de saúde, para manter um acompanhamento multidisciplinar, dependendo das necessidades de cada paciente, com o objetivo de evitar complicações e futuras intervenções, potencializando as ações de educação em saúde, o que poderá trazer um impacto positivo não somente nos pacientes e familiares, mas também no atendimento da ESF.
- * Para melhora do registro das informações, após o levantamento da população hipertensa, será feito o cadastro da ficha de hiperdia, organização dos arquivos de prontuários e registros das consultas para uma melhor fonte de dados, para assim contribuir com a melhora do atendimento aos pacientes com hipertensão arterial, com apoio da equipe de administrativos, ACS, técnica de enfermagem, enfermeira e médico.

Avaliação e monitoramento:

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a falarem seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos sobre a doença, mudanças de hábitos e controle da hipertensão para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe de saúde. Será discutido com a equipe o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções, se forem necessárias, além de acompanhamento do número de pacientes identificados como hipertensos, pacientes que foram estratificados e número de pessoas que aderiram aos grupos.

Resultados Esperados

Com este projeto espera-se aumentar e melhorar a cobertura das pessoas com hipertensão arterial, ter o cadastro completo da população hipertensa, ter registro das informações 100 % atualizado e, conseqüentemente, maior qualidade da atenção às pessoas, com melhor atendimento e acompanhamento dos hipertensos, direcionado às suas necessidades. Também espera-se que os pacientes alcancem um estilo de vida saudável e assim sejam evitadas complicações e futuras internações, decorrentes da hipertensão.

Referências

- ♦ SOCIEDA BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1. p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
- ♦ BOING, A. F . Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev. Bras Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.
- ♦ SOCIEDA BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Departamento de Hipertensão Arterial. VII Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016. Suplemento 3).
- ♦ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.