



PEDRO PEREIRA RODRÍGUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ADULTA**

PIÇARRA- PARÁ

2017



PEDRO PEREIRA RODRÍGUEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO ADULTA**

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: Daniel Victor Coriolano Serafim

PIÇARRA– PARÁ

2017

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos adultos nas populações de todo o mundo. A prevenção desta doença é a medida sanitária mais importante, universal e mais barata. Em nossa ESF Vila Anajá da cidade de Piçarra no Estado do Pará é uma das doenças crônicas mais frequentes em nossa prática diária, sendo um motivo fazer uma intervenção educativa para o controle da HAS na população adulta nesta comunidade, com o objetivo de caracterizar clínica e epidemiologicamente esta doença na área de abrangência, identificar os fatores de riscos associados e possível associação com doenças crônicas, sua evolução, tratamento e orientar os pacientes através de educação continuada sobre o manejo adequado do controle da doença; mudanças de estilos de vida, medidas alternativas como lidar com problemas psicossociais e ambientais. Por isso foi feita uma investigação epidemiológica, descritiva de corte transversal com o objetivo de caracterizar clínica e epidemiologicamente a HAS e orientar os pacientes hipertensos através de educação continuada na ESF Vila Anajá no período compreendido entre Junho de 2016 a Maio de 2017. Através deste estudo foram confirmadas características clínico-epidemiológicas mais representativas da HAS que lista a sua prevalência mais tarde na vida e sua associação com o tabagismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares e obesidade. Este trabalho irá contribuir para o desenvolvimento da área de pesquisa em nossa ESF. PALAVRAS CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica, fatores de risco, educação em saúde.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, Prevenção em Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS PUERICULTURA	18
4. VISITA DOMICILIAR	21
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO	29

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Pedro Pereira Rodríguez, sou médico do programa Mais Médicos para o Brasil desde fevereiro do ano 2016 ,trabalho no município de Piçarra no Estado do Pará, na Vila Anajá. Sou médico fazem 7 anos, graduado pela Universidade do Este, localizado na província Mayabeque -Cuba, especialista em Medicina Geral Integral pela mesma faculdade.

Nossa ESF Vila Anajá está situada a uns 50 km da Cidade de Piçarra-PA criado em 1995 .Conta com mais de 1650 habitantes, seu economia gira entorno á agricultura e a cria de gado. A religião predominante e católica. A Unidade de Saúde Vila Anajá, agora ESF, foi criado em setembro de 2010 e atualmente conta com enfermeiro ,médico, dentista e duas técnicas de enfermagem, além de dois motoristas, uma ambulância, duas trabalhadoras de serviço gerais e 10 agentes comunitários de saúde.

O envelhecimento da população está se acentuando, anos atrás predominava a população jovem mais agora há um franco predomínio da população idosa. A taxa de idosos em nossa cidade e de 8,9. As razões para ela são as mesmas que acontecem em todo o país e o mundo: diminuição do crescimento demográfico, relacionam-se com a redução da natalidade, baixa taxa de fecundidade e mortalidade, assim como uma alta esperança da vida e da expectativa de vida que é de 75,5 anos(Envelhecimento no Brasil, Ministério dos Direitos;Demografia Anuário Estadístico do Pará;Expectativa de vida no Brasil,2015).

Existe um predomínio da população masculina o que pode deve-se a razões socioeconômicas que condicionam o emprego majoritário de mão de obra masculina nos labores da agricultura e cria de gado predominante na região rural. Não existe uma elevada taxa de mortalidade e mobilidade por doenças infecciosas e parasitarias apesar de ser o distrito rural. As causas podem ser reflexo de uma progressiva popularização de medidas de higiene, da ampliação das condições de atendimento médico e as campanhas de vacinação. Em nosso distrito existe mortalidade infantil muito baixa. Nossa ESF tem dificuldades por a distancia da cidade e a dificuldade com o transporte, as dificuldades com os sistema de referências na maioria das vezes unilateral, os equipamentos, medicamentos e informação e informática pois Internet tem muitas dificuldades na região, embora existe boa

comunicação e trabalho em conjunto com planejamento das atividades para atender o melhor possível a população. As principais estruturas comunitárias disponíveis na região são as associações de trabalhadores rurais, a associação de mulheres rurais, as igrejas católica e evangélica, e escola de ensino fundamental e médio da região.

As principais doenças que geram assistência médica são as doenças crônicas como a Hipertensão Arterial, a Diabetes Mellitus, as doenças relacionadas com o trabalho na agricultura como as dores articulares e lesões por esforço repetitivo e na época de inverno as infecções respiratórias, assim como os acidentes em motos.

O tema escolhido para o projeto de intervenção é intitulado **Intervenção educativa para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica na população adulta**. O qual tem como justificativa o projeto sobre a ideia de que é inegável a influência desta doença no futuro, o que pode incidir na aparição de uma morbidade e mortalidade prematura e variada. Também os pacientes, por características próprias da doença e por outras características específicas, singulares e do contexto, podem ter dificuldades para enfrentar este problema.

Assim, pretendemos analisar o comportamento clínico-epidemiológico da hipertensão arterial na população atendida pela ESF Vila Anajá e orientar aos pacientes hipertensos através de educação continuada a conviver com esta doença.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Estudo de Caso Clínico:

Anamnese Identificação: RPN. Idade : 65 anos Sexo: Masculino

Escolaridade: Ensino Médio Estado civil: Casado

Natural :Cidade de Piçarra-PA. Residência Atual : Vila Anajá- Piçarra.

Primeira Consulta Médica: O paciente RPN de 65 anos de idade, vem a consulta médica no dia 20/02/2016 com os dados da triagem: P.A 160/95 mmHg Temperatura:36.3C Altura: 156 cm Peso: 66 Kg, FR:20pm, IMC:27.12(sobrepeso)

Apresenta queixas da impossibilidade de urinar de uma sola vez sobre todo as noites tem levantar-se da cama muitas vezes para ir ao banheiro (retene sua urina), acontece de forma intermitente, em ocasiões não consegue controlar o desejo e molha sua roupa, tem que esforçar-se muito e a urina estão os cura. Além disso está com fortes dores de cabeça e muito estressado e em ocasiões apresenta insônia.

Antecedentes patológicos familiares: pai falecido com APP de Hipertensão.

Antecedentes patológicos pessoais: Negativo. Nega doenças Nega Alergia, Nega tabagismo, álcool, drogas.

Condições socioeconômicas: As rendas familiar é de pensionista.

Condições de vida: Alimentação predominantemente carboidrato e carnes, não gosta das frutas, nem verduras. Mora sozinho com sua mulher numa casinha afastada (de madeira) História ocupacional: Aposentado, mais agora trabalha sua terra. Atividades físicas: Sedentário Vida conjugal casado, com 3 filhos agora que moram longo dele e o contato é mínimo.

Ao exame físico: Paciente idoso em regular estado de saúde geral, lúcido, normolíneo, atitude voluntaria. Afebril

Mucosas: coradas, hidratadas. Pescoço: Palpação normal, ausculta carotídeas são normais. Não linfomegalias. ACV: Ruídos cardíacos rítmicos não sopros, A 150/80 BC: 72PM. Respiratório: M vesicular (+) normal, sem ruídos agregados, ausculta normal. Abdômen: Plano depressível, não doloroso na palpação, não tumor ação, RHA presente.

Renal: Rins não palpável, nem peloteável, manobra punho percussão negativa. TCS: Não edemas. SNC: Consente, orientado em tempo, espaço e persona,

não déficit motor. Hipótese Diagnostica: Controle de T.A Retenção Urinaria. Solicito a realização de exames complementares: hemograma completo, Dosagem: glicose de jejum, colesterol total, triglicerídeos, creatinina, TGO, TGP, ureia, ácido úrico, EAS, EPF, Na, K, aproveitando e concordando com o paciente, já que não tinha consultas previas na unidade.

Além disso e cumprindo a PNAISH, formulada para promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina em seus diversos contextos, Considerando a Portaria no 1944, de 28 de agosto de 2009, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Considerando a Portaria no 483 de 1º de abril de 2014 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Considerando a Portaria no 874 de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Indico previa aceitação e interesse pessoal do paciente realizar exame de rastreamento de neoplasias de próstata. PSA.

Oriento Pré-requisitos

Coleta: - Jejum não necessário; Preparo: para realização do exame o paciente precisa atender às seguintes condições:

- Não ter ejaculado nas últimas 48 horas;
- Não ter feito exercício em bicicleta (ergométrica ou não) nos últimos dois dias;
- Não ter andado de motocicleta nos últimos dois dias;
- Não ter praticado equitação nos últimos dois dias;
- Não ter usado supositório nos últimos três dias;
- Não ter recebido sondagem uretral ou feito exame de toque retal nos últimos três dias;
- Não ter feito cistos cópia nos últimos cinco dias;
- Não ter realizado ultrassonografia transretal nos últimos sete dias;
- Não ter feito colonoscopia ou retosigmoidoscopia nos últimos 15 dias;
- Não ter realizado estudo urodinâmico nos últimos 21 dias
- Não ter feito biópsia de próstata nos últimos 30 dias.

Verificar novamente a PA em 1 semana (confirmação o diagnóstico, deve-se obter mais de uma medida em duas(2) ocasiões diferentes com intervalo mínimo de uma semana (Monitorização da TA). Aconselhamento para obter mudanças de estilos de vida e hábitos alimentares (consumir mais frutas, legumes, cereais, diminuição do consumo de sal, não consumo de bebidas refrigerantes, etc)

Agendar próxima consulta na próxima semana. Encaminhamento para nossa Enfermeira para começar processo educativo em quanto as orientações de medidas que comprovadamente reduzam a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo a vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução de ingestão de sódio, redução de consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse.

A consulta de enfermagem também consiste em:

- Aferição da pressão arterial; Como aferir adequadamente a pressão arterial: a) repouso de pelo menos 5 minutos em lugar calmo;
- Esvaziar a bexiga;
- Não praticar exercício físico 60 a 90 minutos antes da aferição;
- Evitar a ingestão de café ou álcool antes da aferição;
- Evitar o fumo 30 minutos antes da aferição;
- Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- Remover as roupas do braço onde será colocado o manguito;
- Pôr o braço na altura do coração (no ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- Solicitar para que a pessoa não fale durante a medição;
- Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço
- Colocar o manguito, sem deixar folgas, cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa cubital;
- Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Estimar o grau da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da

medida);

- Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva;
- Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mm Hg o grau estimado da pressão sistólica;
- Proceder à desinflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mm Hg/s).
- Investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida;
- Orientação sobre o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, avaliação de sintomas, reforço a orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares;
- Administração do serviço: controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas.

Segunda Consulta Médica: O paciente retorna à consulta médica no dia 8 /03/16 no horário da tarde com os dados da triagem: P.A:150/90 mmHg. Peso:66 Kg Altura 1,56 cm, IMC-27,12 (Sobrepeso). Consulta para mostra resultados de exames indicado na consulta anterior, e seguimento de controle de TA.

Ao interrogatório fala que mantém os mesmo sintomas: frequentar ao banheiro de noite para tentar urinar, mais a urina sai bem fininha e fica com sensação de vontade de continuar urinando. Embora que agora está notando ficar mais preocupado e ansioso quando ele chega a fazer seu controle de TA pois ele nunca tinha feito e agora que faz olha como é que tem TA elevada.

Mostra caderno de anotação dos valores pressóricos que apresenta em mais de 2 medidas com intervalo de 1 semana, valores de pressão arterial por acima de 140/90. Concordando com os critérios diagnósticos que :Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Diagnosticamos a nosso paciente como HTA seguem a classificação e PA para adultos maiores de 18 anos, nosso paciente representa um estágio 1.

O cálculo de escore de risco Framingham foi de cálculo, de risco de doença cardiovascular em 10 anos 18.5%, cálculo de risco de evento cardiovascular em 10 anos foi de 29.7%. Hemograma completo, VSG, dosagem de glicose, colesterol, triglicérides, creatinina, ureia, TGP, TGO, EPF, Na, K e urina ficaram normais. Não

albuminúria. PSA resultou elevado 19.35 ng/ml, (moderadamente elevado), suspeito possibilidade de hiperplasia benigna da próstata. Realizo o questionário IPSS (International Prostatic Symptoms Score) com valor 10 .sintomas moderados.

Instituo o tratamento não farmacológico isolado para redução peso, consumo de sal e consumo de bebidas alcoólicas, praticar regularmente exercícios físicos ligeiros, caminhadas, etc, medidas antiestresse. E tratamento farmacológico baseados nos protocolos estabelecidos para HTA indico Hidroclorotiazida (25mg) tomar 0.1 comprimido ao dia pela manhã cedo, de uso contínuo e continuar monitoramento sua TA por 2 semanas mais, para reavaliar.

Solicito realizar EKG, Fundo de Olho, Ultrassonografia de próstata Abdominal e via transretal conforme Protocolo HBP aplicado na Atenção básica de saúde.
Encaminhamento para nutricionista

A participação da nutricionista consiste de:

- Avaliação nutricional e de hábitos alimentares;
- Educação nutricional individual e em grupo;
- Prescrição de dietas, resguardando aspectos socioeconômicos e culturais;
- Criação de modelos que possibilitem a implementação dos conhecimentos alimentares e nutricionais, em consonância com as recomendações para os pacientes hipertensos, traduzidas em preparações alimentares saborosas e práticas

Encaminhamento para consulta com Psicóloga.

A participação da psicóloga consiste de:

- Avaliação, diagnóstico e tratamento de aspectos emocionais que interfiram com a qualidade de vida do paciente;
- Atendimento a familiares, para facilitar as mudanças de hábitos de vida do paciente e sua adesão ao tratamento;
- Consulta com outros profissionais para esclarecer a melhor abordagem do paciente;

- Constituir grupo de apoio para maior harmonia Encaminhamento para Oftalmologista (Fundo de Olho) Agendo retorno para 15 dias após os resultados.

Terceira Consulta Médica: O dia 20/03/2016 o paciente apresenta consulta Oftalmologista que realizou o fundo de olho com resultados normais para seu idades dados da triagem: PA: 120/70mmHg Peso: 65.7kg

Quarta Consulta Médica: O paciente retorna o dia 23/03/2016 com dados da triagem: P.A 120/70 mmHg Peso.67 Kg Vem para seguimento de controle de TA e apresentar os resultados de ultrassonografia próstata abdominal e transretal ; ambos coincidem nas medidas da próstata 82x66x61 cm , eco textura heterogênea ,contorno irregular, peso aproximadamente 176 g .resíduo pós-miccional desprezível. Relata não ter tido mais aquilo dores de cabeça forte, e seus níveis de pressão já estão normais desde que começou com o comprimido, só tem queixas da dores baixo ventre e cheiro ruim na urina.

Ao exame físico apresenta: Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC :82bpm.FR 22 pm), Abdômen Plano, depressível, doloroso na palpação em hipogástrio, RHA presente. Ultrassonografia da Próstata: Próstata medindo 82 x 66 x 61 cm, eco textura heterogênea, contorno irregular, peso aproximadamente 176 g, resíduo pós miccional desprezível. Calculo do Clarence de creatinina pela formula MDRD foi normal. Indico exame de urina urgente para reavaliar amanhã.

Aproveitamos que a nossa nutricionista está em UBS e falamos com ela para reavaliar o paciente, no qual ela concorda, reavaliar ele, e dá recomendações personalizadas para obter melhores hábitos saudável de alimentação (rica em frutas, verduras, legumes, laticínios com poucas gordura, grãos integrais, nozes, frango, peixe, potássio, cálcio, magnésio, fibras, proteínas e pobre em sal, carne vermelha, gordura total e saturada. Encaminhamento pelo Especialista em Urologia

Aconselhamento específico do usos de medicamentos nas doenças crônicas (HTA).

Quinta Consulta Médica: Retorna o paciente o dia 24/03/2016, dados da triagem: P.A 130/80 mmHg Peso; 66,5 Kg Traz consigo o resultado de exame de urina urgente e nós fala que marcou o turno (encaminhamento) para o Urologista. O exame de urina, mostrou urina turva 30 leucócitos por campo, não outras alterações, indico Ciprofloxacino 500 mg tomar 1cp 12/12 horas por 7 dias, agendo consulta após 15 dias de terminar a medicação.

Sexta Consulta Médica: No dia 4/04/2016 o paciente apresenta consulta com Psicologia os dados da triagem PA 110/70 mmHg Peso 65.2kg. Avaliou aquilo aspectos emocionais da vida do paciente e seus preocupações atuais com relação a suas doenças e seu enfrentamento na mesma. No dia 6/4/2016 a agente comunitária de saúde realiza visita domiciliar ao paciente coleta de dados referentes à hipertensão; verifica o agendamento de encaminhamento para Unidades de Saúde de Referência onde vai ser reavaliado o paciente, verifica se o paciente mesmo está tomando com regularidade os medicamentos, se está cumprindo as orientações da dieta, atividades físicas, controle de peso, ingestão de bebidas alcoólicas e realiza ações educativas primárias, visando à promoção da saúde.

Sétima Consulta Médica: No dia 17/04/2016 o paciente vem a consulta com Urologista os dados da triagem; PA: 110/70 mmHg Peso: 65 Kg. É avaliado pelo urologista sem queixas no momento, realiza o toque retal que indica repetir o hemograma completo, creatinina, urina, PSA, ultrassonografias Aparelho urinário e próstata transretal de novo e reavalia as ultrassonografias. E indica agendar consulta após ter os resultados dos exames indicados, pois nestes momentos se dificultam pelo SUS e seu filho vai procurar eles no laboratório privado.

Oitava Consulta Médica: O retorno a consulta de Urologia foi o dia 10/05/2016 os dados da triagem: PA: 120/80 mmHg, Peso: 65.9 kg Apresenta resultados de exames indicados Hemograma completo, Creatinina, urina foram normais. PSA:22.94ng/ml. Elevado. Ultrassonografia do Aparelho urinário; Rins em topografia habitual com arquitetura dimensões e ecogenicidade normais. Rin: direito :88mm, parênquima 14mm Rin: esquerdo: 95mm, parênquima 14mm Não dilatações de ureteres. Bexiga cheia. Próstata: medindo 82mm x 68mm x 62mm, heterogênea. Contorno irregular, Peso estimado 179g Resíduo pós-miccional escasso. O médico

indica tratamento Cirúrgico. Se informe ao paciente dos cuidados pré-operatórios a ter em conta seguem: Protocolos de rotina da clínica urológicas vigente do 2016.

PROSTATECTOMIA SUPRA-PÚBICA Indicação: Sintomas moderados a importantes + US com próstata > 60g.

Cuidados pré-operatórios na internação: Internar no dia anterior da cirurgia Questionar ao paciente (ou acompanhante) se ele está tomando AAS, Somalgin® ou Marevan®. Se sim comunicar ao médico assistente. A reserva de concentrado de hemáceas deve vir anexada a AIH. Deve ser preenchida no ambulatório pelo médico assistente quando emitir a AIH. Não realizar lavagem intestinal via retal (Exceto se solicitado pelo médico assistente) Nas cirurgias agendadas para o turno da manhã orientar dieta branda até as 23 hs seguido de dieta zero após as 23 hs e encaminhar os doentes ao centro cirúrgico 7 hs da manhã Nas cirurgias agendadas para o turno da tarde orientar dieta branda até as 23 hs seguido de dieta zero após às 23 hs e colocar SG 5g% EV 28gts/minutos às 7hs da manhã e aguardar o chamado do centro cirúrgico. Se o paciente for diabético fazer glicemia capilar e comunicar o resultado ao médico assistente. Às 6hs da manhã do dia da cirurgia orientar os pacientes a tomar banho, realizar tricotomia no hipogástrico e região genital e aferir a pressão arterial. Se a pressão estiver acima de 16/10 mmHg deve-se comunicar ao médico assistente antes de encaminhar o doente para o centro cirúrgico.

Nona Consulta Médica: O 17-05-2016 o paciente foi submetido a Cirurgia. Com os dados da triagem: PA : 130/70 mmHg, Peso:65kg, Fizeram-lhe prostatectomia supra púbica deram-lhe o alta medica com bom estado geral com sonda vesical e com seu ferida operatória em bom aspecto e aceitando bem a dieta oral. Agendaram consulta de seguimento de urologia. 24/05/2016.

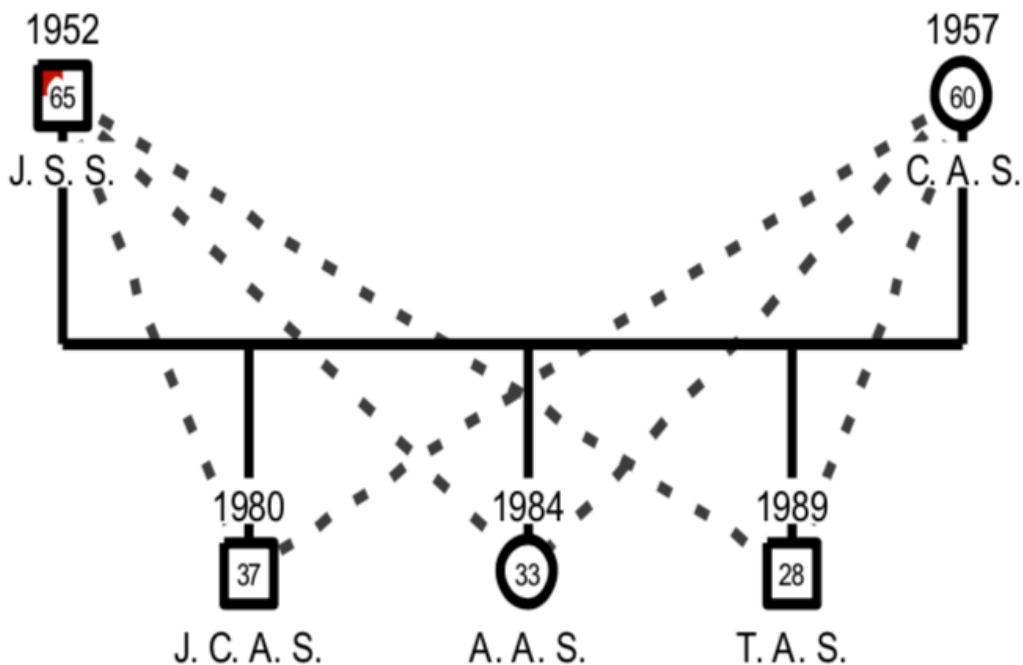
Décima Consulta Médica: No dia 26/05/2016 realizamos visita domiciliar os dados da triagem PA :110/70mmHg, Peso 85.7 kg. Já operado, retirados os pontos de cirurgia com bom estado geral, fala sentir-se bem ,ao exame físico abdômen normal, ferida cirúrgica normal. Não tem queixas de TA alta, aderido ao tratamento, não apresenta queixas, nem outros sintomas. Mais na visita domiciliar damos aconselhamento dos cuidados e estilo de vida a seguir após a cirurgia assim como as

orientações quanto aos cuidados domiciliares após o procedimento. As orientações deverão ser sobre o cuidado domiciliar, na forma de instruções verbais e por escrito, sobre a necessidade de manter o sistema de drenagem, monitorar o débito urinário, cuidar da ferida cirúrgica e desenvolver estratégias para evitar as complicações, como infecção, sangramento e trombose.

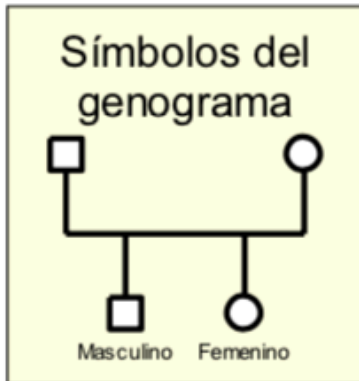
Além disso incentivamos a continuar aderido ao tratamento da HTA , assim como o controle e promoção das mudanças de estilo de vida planejados com anterioridade , solicitamos a participação ativa da esposa no cuidado do paciente ,mantimento da higiene. Trabalhamos juntamente com o paciente e a família, para assegurar a compreensão das orientações de cuidados pós-prostatectomia, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais a fim de prestar um cuidado individualizado.

Renovação de receita. Se programa seguimento e controle trimestral.

Genograma:



Legenda Genograma:



Leyendas de relaciones familiares

— 1 Matrimonio

Leyendas de relaciones emocionales

••••• 6 Distante / Pobre

○ 4

■ 1 Hipertensión/enfermedades sangre

Captura de Tela

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS PUERICULTURA

A puericultura deve começar desde a etapa pré-natal, onde a futura mãe é orientada em relação à relevância de comparecer as consultas de avaliação do crescimento e desenvolvimento do futuro bebê, e a realização dos exames laboratoriais para descobrir possíveis doenças em estágios precoces. Nesta data é importante a educação sobre os cuidados do recém-nascido, a higiene pessoal e o aleitamento materno (técnica correta, proveitos, importância, benefícios para a mãe e filho (a), e duração). A orientação em quanto aos benefícios e seguridade do parto hospitalar não pode faltar assim como a assistência para a vacinação imediatamente após alta hospitalar. E nos apoiar nas informações incluídas na Caderneta da Grávida, o que tem sido um grande recurso de ajuda enquanto as orientações, e que fica sempre com a própria grávida e a disposição da família.

Na primeira consulta deve-se procurar pelos antecedentes pré-natais, natais e pós-natais, sinais e sintomas atuais e avaliar medidas antropométricas. Realização do exame físico geral e por sistemas, identificando alterações que orientem ao diagnóstico precoce de patologias e facilitem a tomada de conduta. Incluiremos a verificação da situação vacinal, se foram realizados os testes de triagem neonatal e se cumpre com aleitamento materno. Deve-se aproveitar para explicar, na prática, novamente, as técnicas de aleitamento e argumentar os benefícios de mantê-lo exclusivamente pelo menos até os seis meses de idade da criança.

Trabalha-se em equipe com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para ajudar na orientação da mãe e a família quando o parto acontece no domicílio, prática ainda frequente nesta região. É frequente encontrar adolescentes grávidas com poucos conhecimentos em relação à saúde em geral e a puericultura em particular, sendo necessário apoiarmos, na palestra coletiva, no dia destinado para consultas de pré-natal e puericultura, tanto do médico como do enfermeiro e na visita domiciliar.

Aconteceu uma situação particular de uma mãe adolescente de 15 anos de idade, solteira, dependente da ajuda da família que já é numerosa e mora numa casa afastada a quilômetros do posto. Comparece procurando encaminhamento para o “especialista” porque a criança de sexo masculino e com sete meses de idade, apresenta traço falciforme segundo o resultado do teste do pezinho. O paciente apresenta situação vacinal atualizada, alimentação com o peito e “carimã” de farinha

lavada, baixo peso, cólicas abdominais e cicatrizes antigas na pele em forma de manchas, segundo ela ocasionadas pelas picadas de insetos assim como lesões com pus e crostas no couro cabeludo. Diante a preocupação da mãe relacionada com o traço falciforme explicou-se que não representava uma doença para ele, a necessidade da realização do exame de eletroforese por parte dela e do pai da criança para definir qual deles é o portador ou sim os dois são portadores e realizar aconselhamento genético segundo os resultados. Também foi oferecida orientação genética em relação ao filho para num futuro quando seja um homem e decida formar família .

Neste caso, faltou a orientação e o controle de risco pré-concepcional pela pouca comunicação com a família e o trabalho com grupos de adolescentes. Não realização da eletroforese de hemoglobina da mãe durante o pré-natal. Em relação à criança, precisa-se de cuidados da higiene pessoal e da alimentação, pelo que se devem brindar orientações precisas e acompanhando os efeitos na sua saúde de perto.

Orientou-se continuar com o aleitamento materno complementado até os dois anos de idade, melhorando a qualidade dos alimentos associados, segundo as disponibilidades, apoiada na seguinte lista:

- Indicaram-se cinco refeições no dia, distribuídas no café da manhã, almoço, jantar e merendas entre as refeições principais.
- Incorporação de carne bovina e aves, paulatinamente e uma por vez, para prover ferro, mesmo que seja em pouca quantidade; acompanhar após as refeições de frutas cítricas ou sucos com alto teor de ácido ascórbico, o que favorece sua absorção. Incrementar as quantidades ate alcançar uma dieta com alta biodisponibilidade.
- Associar nas papinhas alguns produtos de origem vegetal que contém quantidades razoáveis de ferro, como feijão, lentilha, soja e vegetais verde-escuros (acelga, couve, brócolis). O que além de incorporar fibra vegetal e evita a constipação.
- Começar a suplementação de ferro e vitamina A e D.

Sugeriu-se realizar o banho da criança com água fervida, três vezes ao dia para evitar o acúmulo de suor e pus nas lesões, trocar as fraldas e roupas cada vez que

seja necessário e curar as lesões do couro cabeludo com gentamicina. Foi orientada para esaldar os lençóis utilizados na criança. Solicitou-se a colaboração da família, em visita domiciliar, para eliminar o excesso de capim perto da casa e diminuir a infestação por mosquitos e outros insetos, disponibilizar mosquiteiros e repelentes adequados.

Orientou-se a família em relação à importância da prevenção de doenças infecciosas, indicando-se cumprir com o calendário nacional de vacinas, manipulação higiênica dos alimentos, uso de hipoclorito de sódio na água para beber e que os animais domésticos fiquem fora da casa. Foi estimulada à família para plantar alguns legumes que poderiam ser usados também para o consumo de todos, e que os avôs da criança ajudarem na correta alimentação dela.

Orientou-se à mãe em relação com o controle anticoncepcional e o planejamento familiar, assim como a necessidade de estabelecer comunicação com os pais dela e o pai da criança, para abordar a situação da mãe e o filho de maneira mais integral. O que gerou a necessidade de uma consulta familiar e foi marcada a data. Nesta atividade ficou pactuado pela equipe, atender a conscientização da família na necessidade de apoio para esta mãe muito jovem, com pouca experiência no cuidado da criança e dela mesma, reforçar sentimentos positivos em relação com o futuro, e avaliar a possibilidade da continuidade dos estudos do ensino médio.

4. VISITA DOMICILIAR

Na ESF Vila Anajá a prática de a visita domiciliar era feita de forma incorreta posso falar que quase não era feita quando eu comece a trabalhar aqui faz um ano e alguns meses, unicamente era realizada conforme a demanda dos familiares e sim tinha disponibilidade de carro e sim os médicos acharam que fora preciso ser feita (geralmente era feita pela enfermeira e ASC). Pouco tempo depois de eu começar a trabalhar no posto fui devagar trocando esta metodologia baseada nos princípios do SUS, promover a equidade no atendimento, evitar complicações em pacientes acamados e crônicos e orientar modos e estilos de vida saudável.

Primeiramente falei com a enfermeira chefe da equipe que também estava em desacordo com a metodologia que era aplicada. Ambos decidimos falar com a Secretaria de Saúde e com o vice-prefeito do município e plantemos nosso ponto de vista relacionado com as visitas domiciliares, eles entenderam e então foi realizada uma reunião com todos os membros da ESF, nessa reunião nós dois e a Secretaria de Saúde explicamos a importância das visitas e o objetivo que tem para a saúde da população e solicitamos ajuda de todos os membros da equipe, o primeiro era pedir aos ACS que fizessem um levantamento dos usuários que necessitam de visita domiciliar contínua com ordem de prioridade segundo as condições do paciente, dos familiares e a opinião deles como membros da equipe e que visitam cada mês aos usuários. Com base neste trabalho feito pelos ASC, minha enfermeira chefe e eu fizemos o planejamento mensal dos atendimentos de acordo com a data da última visita realizada e a prioridade do atendimento.

Agora, temos um controle bem estabelecido e poderemos orientar os pacientes e avisar com antecedência o dia da visita. Geralmente são realizadas as terças feiras na manhã das 08: 00 hora até 12: 00 hora todas as semanas e realizamos uma media de cinco visitas. Tratamos de agrupar os pacientes visitados por região porque temos muitos pacientes no interior que é longe da cidade.

No entanto, um obstáculo que ainda encontro para esta adequação é a ocasional falta de transporte, só temos uma ambulância, que quase sempre fica quebrada e não fica tudo tempo no posto. Desta forma, é ocasionalmente temos que cancelar as visitas de última hora, por ausência do transporte, em alguns casos minha enfermeira e eu pegamos a mala das visitas e aproveitamos para visitar pacientes que moram mais

perto no posto, mas o resto da equipe não comparte com nos essa idéia e então é realizada só uma visita medica e enfermeira já deixa de ser integral. Este fato prejudica muito o planejamento da equipe, e mais ainda compromete o vínculo entre o usuário-cuidador-profissional, pois perdemos a credibilidade e a periodicidade da assistência.

Alguns casos necessitam de uma avaliação especializada de profissionais do NASF como o fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga, então nos vincularam a esses profissionais para realizar a visita junto com nos, mas sim o transporte faia também eles tem que replanejar a visita e são profissionais com muitos usuários e uma carga horária elevada.

Existem algumas dificuldades quando preciso encaminhar os usuários para uma avaliação médica especializada para fora do município, pois muitas especialidades médicas só podem ser agendadas em Hospital Regional de Marabá. As famílias relatam várias limitações para este deslocamento: não tem dinheiro para passagem, nestes casos, falamos com o chefe dos motoristas e com o secretario de saúde e esses pacientes são transportados com os carros da secretaria de saúde o sim fora preciso com a ambulância do município o mais difícil é quando o paciente não tem um familiar para que acompanhe e cuide dele.

Um problema muito grande na minha atuação com os usuários de visita domiciliar são nos casos que necessitam de intervenção da assistência social. Quase nunca que precisamos que acompanhem a ESF para realizar alguma visita está disponível e muitos dos casos que são avaliados por ela sempre termina sendo resolvido o problema por a Secretaria de Saúde a prefeitura ou por a equipe de saúde da família porque para elas nunca acham uma solução. As visitas em casos de doenças agudas são frequentes mais em pessoas idosas que são muitas no município, então tratamos de realizar essa visita rapidamente e na ambulância por sim o paciente precisa ser trasladado para o hospital não perder tempo.

As visitas são realizadas juntamente com o ACS que conhece o endereço e as particularidades de cada família, a enfermeira chefe da ESF, dentista e técnica de enfermagem ocasionalmente. Durante as visitas eu realizo as orientações pertinentes e a terapêutica a ser instituída e os cuidadores têm seu espaço para esclarecimentos, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões.

Revisamos os medicamentos de uso continuo do paciente, a data de validade da cada um e como são administrados por o cuidador. Muitas vezes e frustrante e desgastante para os profissionais quando percebemos que o usuário e sua família

não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de subsídios, nos trabalhamos individualmente com cada caso e explicamos sempre a importância de seguir estritamente nossas orientações para evitar complicações sem parar nunca, mas não sempre conseguimos cooperação familiar.

Em cada visita enfatizamos que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem estar biopsicossocial do usuário. Existem os casos em que o cuidador centraliza todo o cuidado e não compartilha com os demais membros da família, olvida à sua vida e sua saúde. Tentamos enfatizar a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo, pois essa atenção demanda muita energia, desprendimento de tempo e deterioro da saúde da pessoa que permanece o tempo todo sozinho com os cuidados.

A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos e curativos de alguns pacientes que precisarem. Quando há necessidade de exames laboratoriais, eu os solicito e a enfermeira pede ao técnico do laboratório que agende a coleta na residência do usuário. Outros exames como ECG e radiografias exigem o deslocamento dos usuários para o local de realização. Os exames são trazidos pelo cuidador, então eu registro em prontuário o resultado e procedo à conduta imediata, sim fora precisa visita imediata pelos resultados obtidos planejamos na próxima reunião, nessa visita ao usuário, eu apresento o resultado dos exames ao mesmo e ao cuidador e reforço as orientações.

Em caso dos pacientes que tem seguimento por transtornos psicológicos ou psiquiátricos e tomam diferentes tipos de remédios ou sempre estão procurando receitas de diferentes psicofármacos indicados pelos especialistas que temos bem identificados e aqueles com os que eu estou trabalhando para mudar sua conduta consumidora de psicofármacos realizamos visitas periódicas para ver como se está desenvolvendo-se o âmbito familiar, a relações interpessoais, como a família está ajudando e cooperando com o tratamento destes pacientes e algo muito importante sempre revisamos quais medicamentos então tomando e como.

De um modo geral, as visitas são gratificantes eu gosto muito porque formam parte de nosso trabalho preventivo e educativo e mais ainda quando percebo que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças e complicações tanto em pacientes com situações de saúde

espaciais, pacientes com doenças crônicas, grávidas, crianças, idosos, pacientes com transtornos mentais e com abuso de consumo de psicofármacos e também é emocionante a gratificação que recebemos dos familiares e pacientes visitados.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Considero que os casos complexos, analisados ao longo do curso da especialização foram muito bem desenhados para nossa superação, pois abarcam as principais doenças e problemas de saúde em nosso atendimento diário. Entendo que foi feita uma boa escolha dos temas, e ajusta-se a nossas necessidades de aprendizagem.

Foi de grande ajuda o DVD "Curso de Especialização em Saúde da Família. Casos complexos: Santa Fé, Muiraquitã e São Luiz Gonzaga", o que permitiu o acesso à bibliografia, pois na primeira etapa pelas dificuldades com a Internet tornou-se muito difícil; determinando a necessidade de mais de um dia na semana para conseguir revisar a bibliografia e enviar as tarefas. Entendo que o tempo planejado (uma frequência semanal) não é suficiente para desenvolver todas as atividades, pois apresentam muito conteúdo para ser analisado, além das dificuldades com o idioma. Considerei a bibliografia dos casos ampla e atualizada o que incrementou o nosso conhecimento sobre todo das condutas terapêuticas. Agora estou mais capacitado nos protocolos de atendimento de varias doenças, e disponho de mais opções para seus tratamentos.

O desenvolvimento de nosso trabalho durante o tempo das aulas de especialização foi transformando-se, em estreita relação com a reflexão dos casos clínicos empregados e os modelos práticos usados, baseados no ensino polêmico, o que incrementou nossa experiência sobre o trabalho em equipe tão extensa. Ao incorporar a nossa experiência as peculiaridades, suas habilidades e reconhecendo as áreas de cada membro apresentadas nas aulas do curso, conseguimos entender e atuar corretamente. O que em especial, determinou uma melhor estratégia no trabalho com os grupos de riscos até hoje. Aproveitaram-se as informações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no município e o estado, apresentadas em legislações, princípios e diretrizes para o bom funcionamento, as que se consideram ideais para resolver os problemas da comunidade, e permitiram melhor organização

do trabalho. Mas se reconhecem dificuldades, ao nosso nível como deficiente atendimento na urgência e emergência, leitos para internação, agendamento de consultas e tratamentos especializados, que distam muito da capacidade de resposta ante uma demanda sempre crescente. No meu município a Prefeitura e a Secretaria de Saúde fazem grande esforço por melhorar a saúde quanto à infraestrutura, recursos humanos, disponibilização de medicamentos e ambulâncias, mas nem sempre se conseguem todas as soluções quando a situação para resolver transcende o limite geográfico e os recursos próprios.

Acho que reconhecer as situações de extrema pobreza, risco social e vulnerabilidades em relação com analfabetismo e falta de cultura sanitária nos casos estudados, muito similares aos casos de meu dia a dia, foram úteis, aceleraram a compreensão dos processos em nossa área de abrangência.

Reconhecemos que apesar de todo o esforço, ainda falta muito trabalho para alcançar os objetivos nas melhoras da saúde de nossa população, pelo que dedicamos esforços dirigidos a ampliar tarefas no setor de promoção de saúde, elevar a cultura sanitária da população, aquisição de crítica dos riscos, elevar a responsabilidade pessoal com a saúde individual, familiar e coletiva.

Gostaríamos de dispor de maior apoio do segundo nível de atenção, através de uma oportuna retroalimentação entre cada um dos entes envolvidos, e dispor de recursos e pessoal capacitado, para instalar e manter ambientes de atividade física, atenção a grupos específicos e em geral a proteção e assistência social. Em conclusão parabênico ao coletivo de professores que planejaram o curso, seu trabalho contribuiu ao nosso melhoramento como profissionais no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dados sobre o envelhecimento no Brasil — Ministério dos Direitos
...www.sdh.gov.br/...idosa/.../dados-sobre-o-envelhecimento-no-br...

Já no Brasil, segundo pesquisa do IBGE, a população idosa totaliza 23,5 milhões de pessoas. Acesse o estudo sobre Envelhecimento no Brasil.

Demografia - Anuário Estatístico do Pará
www.fapespa.pa.gov.br/anuario_estatistico/demo.html

A população do estado do Pará foi estimada em cerca de 7,457 milhões em ... crescente de idosos em relação aos jovens na população paraense (2008 a ...

Em 10 anos, cresce número de idosos no Brasil — Portal Brasil

www.brasil.gov.br > Economia e Emprego > 2016 > 12

dic. 2016 - Pesquisa do IBGE aponta que presença de idosos a partir de 60 anos no total da população foi de 9,8%, em 2005, para 14,3%, em 2015.

Expectativa de vida no Brasil sobe para 75,5 anos em 2015 — Portal ...

www.brasil.gov.br > Governo > 2016 > 12 1 dic. 2016 - A unidade da federação com maior expectativa de vida foi Santa ... De 1940 a 2015, a esperança de vida no Brasil para ambos os sexos ...em relação a 2015.

Município de Piçarra, Pará - Cidade Brasil

www.cidade-brasil.com.br/municipio-picarra.html Piçarra do Estado do Pará.

Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - Publicações

publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
Conselho Editorial. Brasil. Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior (GO). Alfredo José Mansur (SP) Hipertensão arterial e doença cardiovascular no Brasil.

Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso ... - Enfermagem UERJ
www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a17.pdf -

de AS de Jesus Sossal - Artículos relacionados

na consulta de enfermagem à pessoa com hipertensão. ... Consulta de enfermería al clientehipertenso en la estrategia salud de la

Exercício atual na ESF.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - BVS MS

bvsmms.saude.gov.br/.../saudelegis/.../2009/prt1944_27_08_2009....

PORTARIA Nº1.944,DE27DE AGOSTO DE 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS),a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do ...

Portaria no 483 de 1º de abril de 2014 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Portaria no 874 de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Que orientações nutricionais podem ser dadas ... - Telessaude Brasil aps.bvs.br/.../que-orientacoes-nutricionais-podem-ser-dadas-pelo-...jun.2015 - Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a ... É conhecido de todos os males do excesso de sal na alimentação Algumas orientações nutricionais bastante práticas podem ser fornecidas ao paciente hipertenso ou ... A atividade física auxilia no controle dos níveis de pressão arterial, ... Cuidados no pré e pós-operatório da prostatectomia radical |

drfranciscofonseca.com.br/cuidados-no-pre-e-pos-operatorio-da-...

19 nov. 2014 - causados pelo crescimento benigno da próstata, que se inicia após os 20 anos ... Como toda cirurgia eletiva, o paciente deve realizá-la sem riscos e deverá ... Sempre deve ter ummínimo de 8 horas de jejum para realizar a ...

Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 1 - DAB - Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 2 - DAB - Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Caderno de atenção domiciliar - Volume 3 - Cuidados em Terapia Nutricional. Ministério da Saúde. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

FALEIROS, José Justino et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva Impact of a well baby care program on the

promotion of exclusive breastfeeding. *Cad. saude publica*, v. 21, n. 2, p. 482-489, 2005.

ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Identificando e apresentando o Problema

A hipertensão arterial é a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos adultos nas populações de todo o mundo. A prevenção desta doença é a medida sanitária mais importante, universal e mais barata. Melhoras na prevenção e controle da pressão arterial é um desafio para todos os países e deve ser uma prioridade das instituições de saúde e dos governos (Diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento. Habana, Edit CM; 2008).

Epidemiologicamente tem sido demonstrado que a pressão arterial elevada (hipertensão) é a doença não transmissível mais prevalente, o que compromete entre 20-30% da população adulta, e é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares (Rivas Chávez J, Gutierrez Villafuerte C Rivas Legua J Set-Dez 2008, citado 2013 Dez 13).

De acordo com dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão, devem ser consideradas como um problema prioritário de saúde nas Américas, com enorme impacto social e econômico. Isto é ainda mais evidente quando se considera o fato de que um número significativo de pacientes ao procurar atendimento para pressão alta ou são detectados pela equipe de saúde nos centros de saúde, já apresentam complicações e danos aos órgãos-alvo, o que se explica, em parte, pela ausência de sintomas em seus estágios iniciais e pela extensão e as consequências desta doença (Curbelo Serrano V, Quevedo Freitas G, Leyva Delgado L, Ferrá García BM, citado 2013-Dez 13).

É um problema de saúde pública mundial, não só porque é uma causa direta de invalidez e morte, mas também é o fator de risco modificável mais importante para a cardiopatia isquêmica (principal causa de morte no hemisfério ocidental), a doença vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal em fase terminal e doença vascular periférica. A prevalência tem aumentado em todas as latitudes, o que é explicado em parte pelos novos valores de pressão que atualmente são aceitos. Estes valores variam dum lugar para outro, em função de características genéticas e ambientais regionais (Roca Goderich R. Smith V. Paz Presilla E. 2008).

Das 15 milhões de mortes causadas por doenças circulatórias, 7,2 milhões são por doenças coronárias e 4,6 milhões por doença vascular cerebral, estando a

hipertensão arterial na maioria dos casos. Na maioria dos países há uma prevalência de 15 a 30% (Curbelo Serrano V, Quevedo Freitas G, Leyva Delgado L, Ferrá García BM, citado 2013-Dez 13). A prevalência de hipertensão arterial aumenta considerando o envelhecimento populacional. Os indivíduos normotensos maiores de 55 anos têm 90% de probabilidade de risco de desenvolver hipertensão (Curbelo Serrano V, Quevedo Freitas G, Leyva Delgado L, Ferrá García BM, citado 2013-Dez 13). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta (Hipertensão Arterial. AB C MED. BR citado 2014 Jan 10). A prevalência da hipertensão arterial no Brasil é de 22,3 a 44,9%, considerando as diferentes regiões do país.

A idade contribui expressivamente com o desenvolvimento da mesma, pois estudos demonstram que a hipertensão arterial incide na faixa etária acima de 65 anos, o que indica a prevalência superior a 60% na população brasileira. Em relação ao gênero, o índice global é semelhante entre mulheres e homens. A diminuição ou falta de atividades físicas é um fator relevante, pois os indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O excesso de peso e obesidade também estão associados com a hipertensão arterial. A ingestão exagerada e prolongada de sal e de bebidas alcoólicas também está relacionada com a elevação da pressão arterial. A hereditariedade também colabora como fator de risco, elevando a predisposição para doenças cardiovasculares (Felipe de Oliveira A, Cattaneo Hom R, 2014 Jan 10).

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em indígenas, ainda que de uma forma geral menor que na população brasileira não indígena, já é preocupante em alguns povos e em alguns casos específicos, até com prevalência maior do que em não indígenas (Vasconcelos Barbosa JM, 2014 Jan 10). Tendo em conta a incidência e alta prevalência de hipertensos, vem constituir-se como problema científico a seguinte pergunta: Estão definidas com precisão as características clínico-epidemiológicas da hipertensão arterial no contexto da ESF Vila Anajá do Município Piçarra-PA?

Justificativa da Intervenção

Justifica-se o projeto sobre a idéia de que é inegável a influência desta doença no futuro, o que pode incidir na aparição de uma morbidade e mortalidade prematura

e variada. Também os pacientes, por características próprias da doença e por outras características específicas, singulares e do contexto, podem ter dificuldades para enfrentar este problema.

Assim, pretendemos analisar o comportamento clínico-epidemiológico da hipertensão arterial na população atendida pela ESF Vila Anajá e orientar aos pacientes hipertensos através de educação continuada a conviver com esta doença.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar clínica e epidemiologicamente a hipertensão arterial (HTA) na ESF Vila Anajá do Município Piçarra-PA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência da HTA segundo variáveis sócio- demográficas.
- Identificar os fatores de risco associados à HTA.
- Estabelecer a associação da HTA com outras doenças crônicas não transmissíveis.
- Descrever o tempo de evolução da doença assim como o tipo de tratamento.
- Orientar os pacientes através de educação continuada sobre o manejo adequado do controle dos fatores de risco; mudanças de estilos de vida, medidas alternativas não farmacológicas e como lidar com problemas psicossociais e ambientais.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

No século VI aC Sushruta menciona pela primeira vez em seus escritos sintomas que poderiam ser coerentes com hipertensão. Nessa época tratava-se a "doença do pulso duro", reduzindo a quantidade de sangue por um corte nas veias ou pela aplicação de sanguessugas. Figuras conhecidas como o Imperador Amarelo (China), Cornelius Celsus, Galeno e Hipócrates defendiam tais tratamentos. (Wikipedia;2014)

A primeira droga anti-hipertensiva testada com sucesso no Ocidente em meados do século XX foi a reserpina, um composto conhecido como um sedativo nos Vedas, os livros sagrados da Índia, escritos no século VIII aC. Quase simultaneamente apareceram os diuréticos os betabloqueadores adrenérgicos, os bloqueadores de cálcio, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, bloqueadores da angiotensina II e, mais recentemente, os primeiros bloqueadores de renina.

O conceito de anormalidade na pressão arterial evoluiu ao longo dos últimos 70 anos, de modo que a prevalência de hipertensão foi alterada, dependendo do nível que consideramos normal. O tempo e as evidências mostram que não existe uma linha divisória entre a pressão normal e hipertensão; a relação entre pressão arterial e morbimortalidade é quantitativa: quanto maior a pressão arterial, pior o prognóstico. (Cuello Guzmán G,Suero Almonte S,Álvarez Pita J,2010).

Hipertensão arterial: é uma elevação sustentada da pressão arterial (PA) sistólica-diastólica igual ou maior a 140/90 mmHg, respectivamente, tomada sob condições apropriadas, em pelo menos três leituras de preferência em três dias diferentes ou quando a PA inicial seja muito elevada e/ou quando o paciente tem cifras normais sob tratamento anti-hipertensivo. (Sellén Crombet J,Sellén Sánchez E,Barroso Pacheco L,Sellén S,2014 e Álvarez Sintés R,Hernández Cabrera G,Báster Moro JC,2008) Classificação etiológica da hipertensão arterial sistêmica (Wikipedia;2014)

- Hipertensão arterial sistêmica essencial.
- Hipertensão arterial sistêmica secundária.

Recentemente, o JNC 7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) definiu como pré-hipertensão a pressão arterial compreendida entre 120/80 mmHg e 139/89 mmHg. A pré-hipertensão não é uma doença, senão uma categoria que pode identificar pessoas com alto risco de desenvolver hipertensão. Este número pode variar de acordo com o sexo e a idade do paciente. (Chobanian AV, Bakris GL, Black HR(2014))

A hipertensão tem muitas subclasses, que incluem: hipertensão fase I, hipertensão fase II, e hipertensão sistólica isolada. Hipertensão sistólica isolada refere-se à presença de uma pressão arterial sistólica elevada em conjunção com uma pressão diastólica normal, uma situação comum nos idosos. Estas classificações são obtidas através da média das leituras da pressão arterial do paciente em repouso feita em duas ou mais visitas do paciente. Indivíduos com mais de 50 são classificados como hipertensos, se a sua pressão arterial é consistente pelo menos 140 mmHg sistólica ou 90 mmHg diastólica. Doentes com pressão arterial maior do que 130/80 mmHg com diabetes concomitante ou doença renal necessitam de tratamento. (Chobanian AV, Bakris GL, Black HR(2014))

Classificação	Pressão sistólica		Pressão diastólica	
	m	kPa	m	kPa
	mHg		mHg	
Normal	90–119	12–15.9	60–79	8.0–10.5
Pre-hipertensão	120–139	16.0–18.5	80–89	10.7–11.9
Fase 1	140–159	18.7–21.2	90–99	12.0–13.2
Fase 2	≥160	≥21.3	≥100	≥13.3
Hipertensão sistólica isolada	≥140	≥18.7	<90	<12.0

Fuente: American Heart Association (2003).

Sintomas da hipertensão arterial

Geralmente a hipertensão leve e moderada é assintomática até que as complicações se desenvolvem em órgãos-alvo, ao contrário da hipertensão grave, que pode causar sintomas cardiovasculares, neurológicos, renais e da retina graves. Cerca de 80% dos casos de hipertensão passam despercebidos, razão pela qual quase a metade dos hipertensos desconhecem que têm pressão arterial elevada e é um achado ao exame médico de rotina. (Alfonso Guerra JP, citado 2014)

É comum que idosos hipertensos e sobretudo diabéticos de longa evolução se queixam de dor na panturrilha ao caminhar, que é aliviada pelo repouso (claudicação intermitente), o que pode ser sugestivo de lesão aterosclerótica obstrutiva das artérias que irrigam as pernas (doença arterial periférica). (Alfonso Guerra JP, citado 2014). A existência de manifestações renais: hematúria, cólica renal, polaquiúria, noctúria, história de infecções urinárias, entre outros, podem sugerir uma origem renal da hipertensão arterial. Início abrupto de hipertensão em pessoas jovens, especialmente em mulheres e com mais de 55 anos pode sugerir a presença de estenose da artéria renal e, portanto, hipertensão renovascular. (Alfonso Guerra JP, citado 2014)

Tratamento da hipertensão arterial. (Diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento. Habana, Editorial CM; 2008). No tratamento da hipertensão arterial a premissa fundamental deve ser individualizar a terapia. Existem dois tipos de tratamentos: Tratamento não farmacológico: mudanças no estilo de vida. Tratamento farmacológico. Mudanças no estilo de vida podem ser resumidas como:

- Controle do peso corporal.
- Reduzir o consumo de sal.
- Fazer exercícios físicos.
- Aumentar o consumo de frutas e legumes.
- Parar de fumar.
- Limitar a ingestão de bebidas alcoólicas.

Estratificação do risco cardiovascular em pacientes com hipertensão arterial. Conduta terapêutica. (Diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento. Habana, Editorial CM; 2008). Dada a evidência conhecida mundialmente, definindo o tratamento de um paciente hipertenso se deve ter em mente o que é conhecido como a "estratificação de risco cardiovascular" e indicar medidas terapêuticas em correspondência com ele. A tabela esta destinada nessa direção.

Tabela: Estratificação do risco cardiovascular na hipertensão arterial

Categorias	Risco baixo	Risco médio	Alto risco
	Não FR, não LOA, não HVI, não DM FO: I ou II	1 ou 2 FR, não LOA, não DM FO: I ou II	3 ou mais FR, LOA ou DM ou FO: III ou IV, HVI
Prehipertensão	Mudanças no estilo de vida.	Mudanças no estilo de vida. Controle de fatores de risco.	Mudanças no estilo de vida. Controle de fatores de risco. Tratamento das doenças presentes.
Grau I: PAS 140/159mmHg PAD 90/99 mmHg	Mudanças no estilo de vida. Se não há controle aos três meses iniciar tratamento farmacológico.	Mudanças no estilo de vida. Tratamento farmacológico. Controle de fatores de risco.	Mudanças no estilo de vida. Tratamento farmacológico. Controle de fatores de risco. Tratamento das doenças presentes.
Grau II: PAS 160mmHg o más PAD 100/109		Mudanças no estilo de vida. Tratamento farmacológico.	Mudanças no estilo de vida. Tratamento farmacológico.

mmHg		Controle de fatores de risco	Controle de fatores de riesgo.
Grado III:			Tratamento das doenças presentes.
PAS 180 mmHg o más			
PAD 110 mmHg o más			

Legenda:

FR: fator de risco. LOA: lesão de órgão-alvo. DM: diabetes mellitus. HVE: hipertrofia ventricular esquerda. FO: fundo de olho. Hipertensão grau II e III são consideradas isoladamente como de médio risco.

4. METODOLOGIA

Cenário do estudo

Trata-se de uma investigação epidemiológica, descritiva de corte transversal com o objetivo de caracterizar clínica e epidemiologicamente a hipertensão arterial e orientar os pacientes hipertensos através de educação continuada na ESF Vila Anajá no Município Piçarra-PA no período compreendido entre Junho de 2016 a Maio de 2017.

Sujeitos da intervenção

O universo e a amostra do estudo vão ser compostos por todos os pacientes hipertensos de ambos os sexos com mais de 15 anos cadastrados nos prontuários médicos da ESF Vila Anajá do Município Piçarra-PA.

Critérios de inclusão

Pacientes hipertensos com mais de 15 anos de ambos os sexos cadastrados nos prontuários médicos da ESF Vila Anajá do Município Piçarra-PA.

Critérios de exclusão

Gestantes.

Pacientes que não desejam participar do estudo.

ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Etapa 1: Os selecionados para o projeto serão convocados para uma reunião na unidade de saúde onde descreveremos de forma rápida o objetivo e importância do projeto.

Etapa 2: Para a recolhida da informação vai ser utilizado um questionário tendo como ponto de partida outros já existentes (Anexo 2) o qual vai ser aplicado a todos os pacientes incluídos no estudo, além da realização de entrevistas e revisões dos prontuários médicos e familiares tendo em conta algumas variáveis sociodemográficas.

Nas consultas individuais falaremos sobre a importância do acompanhamento periódico, controle dos fatores riscos e adesão ao tratamento.

Etapa 3: Serão realizadas reuniões semanais nas áreas de atendimento monitoradas por um profissional da saúde nas quais cada dia será discutido um tema relacionado com a hipertensão arterial.

	DI	TEMA	Palestrante
A	1º	Acolhimento e explanação do projeto; Atividade lúdica.	Equipe de Saúde
dia	2º	Orientação, manejo adequado do controle dos fatores de risco e orientações médicas; Relaxamento.	Médico
dia			

3° dia	Orientação, sob tratamento medicamentosos e mudanças de estilos de vida Atividade Física.	Médico
4° dia	Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas; Atividades Físicas.	Enfermeiro
5° dia	Cómo lidar com problemas psicossociais e ambientais Alongamento.	Técnico de Enfermagem
6° dia	Importância e estímulo da adesão ao tratamento; Atividade lúdica.	Médico
7° dia	Discussão analítica e global do projeto; Aplicação do questionário; Confraternização.	Equipe de Saúde

Avaliação e Monitoramento

Tendo em conta o fato de que não é investigar por investigar, senão lograr novos conhecimentos e tecnologias que possam ser introduzidas na prática, a única maneira de avaliar os resultados de uma investigação é mediante seu efeito social.

Ao finalizar a investigação vai se relacionar o real executado contra o planejado. Vai se avaliar o cumprimento dos objetivos e resultados esperados em relação àqueles obtidos.

A aplicação de questionário (Anexo 3) possibilitará avaliar os pontos positivos e negativos do projeto segundo os pacientes, além dos resultados esperados e alcançados por eles com a intervenção.

De forma geral, daremos resposta às seguintes perguntas:

- Que resultados oferece à sociedade a investigação?

- Quais são os principais impactos dos resultados na prática?

- Em que medida atingiu os objetivos propostos?

Métodos estatísticos para processamento de informações: As informações serão processadas por computador, utilizando o programa Microsoft Office Excel 2003. Faremos uso da estatística descritiva e os resultados serão refletidos em tabelas através de números absolutos e percentuais.

Bioética: Um documento (Consentimento Informado: Anexo 1) vai ser desenvolvido, este se apresentará a cada um dos pacientes que participarão da investigação, aos quais vai ser explicado o objetivo da pesquisa e todos os procedimentos aos que estarão sujeitos, assim como os benefícios que obterá, também serão informados neste documento que a sua participação é totalmente voluntária e que eles podem sair quando o considerarem conveniente, sem qualquer explicação. Será explicado que os resultados obtidos vão ser publicados em eventos científicos e revistas de prestígio e que a confidencialidade dos seus dados pessoais será mantida.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Através deste estudo está prevista a confirmação das características clínico-epidemiológicas mais representativas da HTA que lista a sua prevalência mais tarde na vida e sua associação com o tabagismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares e obesidade. Essas características têm sido reconhecidas por muitos autores e estão no quadro clínico e epidemiológico da doença. Pretendemos também estabelecer a sua associação com outras doenças, para desta forma atualizar os dados epidemiológicos em nossa ESF apartir presente estudo.

Na avaliação do risco cardiovascular global por meio de modelos multifatoriais pretendemos prever o risco individual geral com mais precisão, o que permitirá desenvolver atividades de prevenção e promoção e políticas de saúde para modificá-los e, assim, diminuir os índices da doença e das suas complicações. A conclusão deste trabalho irá contribuir para o desenvolvimento da área de pesquisa em nossa ESF e à formação de recursos humanos como pesquisadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comité Consultivo Técnico Nacional do Programa de Hipertensão arterial do Ministério de Saúde Pública. Hipertensão. Diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento. Habana: Editorial Ciências Médicas; 2008.
- Rivas Chávez J, Gutiérrez Villafuerte C, Rivas Legua J. Tratamento e custos farmacológicos da Hipertensão arterial não complicada num hospital regional. Rev Peruana de Cardiología [Internet]. Set- Dez 2008 [citado 2013 Dez 13]; 34(3): [aprox. 10p.]. Disponível em: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v34_n3/pdf/a06v34n3.pdf
- Curbelo Serrano V, Quevedo Freitas G, Leyva Delgado L, Ferrá García B M. Comportamento das crises hipertensivas num centro médico de diagnóstico integral. Rev Cubana Med Ger Integr [Internet]. 2009 [citado 2013 Dez 13]; 25(3): [aprox. 6p.]. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi15309.pdf>
- Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E. Temas de Medicina Interna. 4ta ed. T1. Habana: Editorial de Ciências Médicas; 2008.
- Hipertensão Arterial. ABC.MED.BR [Internet]. 2008. [citado 2014 Jan 10]; [aprox. 1p.]. Disponível em:
- <http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>
- Felipe de Oliveira A, Cattaneo Horn R. Fatores de risco e epidemiologia para hipertensão arterial uma revisão de literatura. Universidade de Cruz Alta[Internet]. 2013. [citado 2014 Jan 10]; [aprox. 2 p.]. Disponível em: [http://www.unicruz.edu.br/seminario/anais/2014/CCS/FARMACIA/C.Oral/FAT O RES%2520DE%2520RISCO...](http://www.unicruz.edu.br/seminario/anais/2014/CCS/FARMACIA/C.Oral/FAT%20O%20RES%2520DE%2520RISCO...)
- Vasconcelos Barbosa J M. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada no povo indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-PE, 2010. [Internet]. 2013. [citado 2014 Jan 10]; [aprox. 1p.]. Disponível em: [http://indiosnonordeste.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Jessyka-Barbosa_ Disserta%25C3%25A...](http://indiosnonordeste.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Jessyka-Barbosa_Disserta%25C3%25A...)
- Wikipedia. A Enciclopédia Livre. Hipertensão arterial [Internet]. Wikipedia; 2014. Disponível em: http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertensi%C3%B3n_arterial
- García Barreto D. História da hipertensão. Cap 2. Em: Alfonso Guerra JP. Hipertensão arterial na atenção primária de saúde. Habana: Editorial Ciências Médicas; 2009. p.7-20. [Citado 2014 Jan 17]. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial/completo.pdf

- Cuello Guzmán G, Suero Almonte S, Álvarez Pita J. Caracterização clinicoepidemiológica da hipertensão arterial no Consultório Médico de Família # 63. [Tese]. Universidade de Ciências Médicas; Pinar do Rio; 2010.
- Sellén Crombet J, Sellén Sanchén E, Barroso Pacheco L, Sellén Sánchez S. Avaliação e diagnóstico da Hipertensão Arterial. Rev Cubana Invest Bioméd. [Internet]. 2009 [citado 2014 Fev 1]; 28(1). Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v28n1/ibi01109.pdf>
- Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro J C. Medicina Geral Integral. Principais doenças no contexto familiar e social. Vol II. Habana: Editorial Ciências Médicas; 2008.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Jama. [Internet]. 2003 [Citado 2014 Mar 4]; 289(19): [aprox. 11p.]. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/289/19/2560.abstract>
- Alfonso Guerra JP. Classificação, sintomas e história natural da hipertensão. Cap 4. Em: Alfonso Guerra JP. Hipertensão arterial na atenção primária de saúde. Habana: Editorial Ciências Médicas; 2009. p.30-36. [Citado 2014 Mar 26]. Disponível em: http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial/completo.pdf

ANEXO: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O abaixo-assinado concorda em participar do trabalho “Caracterização clínico-epidemiológica da hipertensão na ESF Vila Anajá pela prevalência da doença e dos riscos que ela traz. Ademais, aceito que me sejam praticadas as investigações necessárias.

A investigação tem como principal objetivo caracterizar clínica e epidemiologicamente aos pacientes hipertensos atendidos e também determinar a prevalência de hipertensão por variáveis sociodemográficas, identificar os fatores de risco e doenças associadas, descrever a evolução temporal da doença e o tipo de tratamento realizado.

Meu consentimento, em particular, é inteiramente voluntário e a não-aceitação não terá impacto negativo sobre a minha relação com a ESF, que vai continuar o meu tratamento como normas de comportamento habituais desta instituição e nossa sociedade onde eu tenho o mesmo direito de receber a melhor chance possível de atenções.

E para o registro e por meu livre arbítrio assino o presente consentimento aos dias do mês de de 2016

Assinatura do médico

Nome e assinatura do entrevistado

ANEXO: QUESTIONÁRIO AOS PACIENTES HIPERTENSOS

1-Nome do paciente: _____

Dados de identidade pessoal: Idade: anos

Sexo: M F

Cor da pele: Branca _____ Preta _____ Parda _____ Amarela-

Indígena _____

Índice de massa corporal Peso _____Kg. Altura _____ m. 4-Fatores de
risco:

Fuma: () Sim () Não

Ingere bebidas alcoólicas: () Sim () Não

Pratica exercício físico pelo menos duas vezes na semana? () Sim () Não

Utiliza salero nas comidas? () Sim () Não

Cozinha com óleo ou manteiga de porco? _____

Consome vegetais com frequência? () Sim () Não 5-Doenças
crônicas não transmissíveis:

Diabetes mellitus () Sim () Não

Cardiopatia isquêmica () Sim () Não

Doença cerebrovascular () Não
() Sim

Insuficiência renal crônica () Não
() Sim

Outras: () Sim () Não Se
sim, especifique:

—

—

Tratamento farmacológico: () Sim () Não Se sim, especifique:

Um fármaco.

Dois fármacos.

Várias combinações.

Quanto tempo de evolução leva a sua doença?

a) Menor de 5 anos. _____

b) De 5 a 9 años. _____

c) De 10 a 14 anos. _____

d) Igual ou maior a 15 anos. _____

ANEXO: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

1 Você gostou de participar do projeto de intervenção?

() Sim () Não

O projeto ajudou você entender sobre a sua doença e o uso correto da medicação?

() Sim () Não

Em sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto? E os negativos?

—

—

—

—

As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você? Qual?

—

—

Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades? Quais?

—

—

- _____

- _____

- _____

Atualmente, após das mudanças no seu estilo de vida e a interação com as pessoas do projeto, você sente melhora na sua doença de base?

() sim () não