UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ARMANDO DRUNEY DIAZ CANIZAREZ

ABORDAGEM A USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

PORTO ALEGRE

2017

ARMANDO DRUNEY DIAZ CANIZAREZ

ABORDAGEM A USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

PORTO ALEGRE

2017

SUMÁRIO

1. Introdução 4

2. Estudo de Caso Clínico 6

3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção 12

4. Visita Domiciliar 15

5. Reflexão Conclusiva 19

6. Referências 22

7. Anexos 24

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Armando Druney Diaz Canizarez, tenho 32 anos de idade, sou médico cubano do Programa Mais Médico (PMM) para o Brasil. Eu me treinei como médico do ano 2003-2009 na Faculdade de Medicina de Sancti Spíritus onde obteve o título de Doutor em Medicina e de Especialista de Primeiro Grau em Medicina Geral Integral (MGI) no ano 2012. Trabalhei um ano numa comunidade rural do país e depois três anos como médico da Família e Comunidade na República Bolivariana de Venezuela desde 2011 ate 2014. Logo permaneci trabalhando dois anos em meu município em Cuba, e em Agosto de 2016 entrei no PMM no Brasil. Estou trabalhando desde o mês de Setembro na comunidade de Damé município Bagé. É um município da Microrregião da Campanha Meridional, na Mesorregião do Sudoeste Rio-grandense, no estado do Rio Grande do Sul, no Brasil chamado A rainha da fronteira, localiza-se próximo ao Rio Camaquã, tem uma população de 121986 habitantes, de acordo com o censo do IBGE de 2016. A Vila Damé é uma das maiores comunidades do município. Seu registro legal data de 1940, mas por meio de pesquisas e relatos de antigos moradores estima-se que a Vila Damé tenha mais de cem anos de existência.

Trabalho no posto de saúde Vila Damé que foi construído com recursos do Governo Federal - PROESF e entregue à comunidade para sediar o Programa Saúde da Família em Junho de 2004. É uma comunidade longe do centro da cidade com pessoas que vivem de forma precária a maioria e em condições de pobreza, sem muitas opções de trabalho dentro da área, consta com uma escola de ensino fundamental Arthur Damé, uma creche, um mercado, e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Minha ESF está composta por uma equipe de trabalho com médico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, e um dentista. O território adstrito corresponde a 6 micro áreas, a população atendida abrange um total de 3466 usuários, deles são 1686 femininos e 1780 masculinos, segundo dados fornecidos pelo sistema de informação da Atenção Básica (SIAB 2016). A população é de baixo nível de escolaridade, com desemprego, com costumes e tradições de bairro pobre, má condições de moradia, as ruas são sem asfalto, de terra batida e que apresentam irregularidades e buracos. As pessoas têm uma cultura higiênica sanitária inadequada, que consumem água não potável, facilitando as doenças respiratórias,

diarreicas e parasitárias, com uma dieta não balanceada, rica em gorduras, carboidratos e sal causando obesidade, hiperlipidêmicas e doenças crônicas como Asma Bronquial, Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial que é uma das principais problemas de saúde da comunidade e junto às demais situações são as doenças mais prevalentes nos atendimentos no posto de saúde.

Tendo como base as análises realizadas nas ações de saúde e reuniões de equipe foram encontradas os principais problemas de saúde de nossa comunidade tendo a Hipertensão Arterial como uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes. Este trabalho refere-se aos controles de hipertensos da ESF Damé através das mudanças dos estilos de vida dos pacientes compreendidos entre 30 a 60 anos de idade. O projeto de intervenção tem como título: ‘‘ Modificação do estilo de vida para controle da Pressão Arterial Sistêmica em pacientes atendidos na Unidade de Saúde DAMÉ ’’ que constará nos anexos.

O tema escolhido para nosso trabalho e muito importante porque a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comum como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35 % da população de 40 anos e mais. (Brasil 2006).

Nossa comunidade tem alto percentual de Hipertensão Arterial, mas não tem estudos dedicados a esta temática, por tanto queremos fazer uma estratégia de intervenção com o objetivo de poder modificar os estilos de vida de paciente com esta doença, assim como alcançar estratégias de controle efetivas, combinada educação comunitária e avaliação dos indivíduos de risco.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: ESF DAMÉ

ANAMNESE

Identificação

Nome: CVM

Idade: 50

Sexo: Masculino

Escolaridade: Ensino Médio

Religião: Sem religião

Estado civil: Casado

Profissão: Trabalhador de Mercado

Naturalidade: Bagé/ RS

Residência Atual: Damé

QUEIXA PRINCIPAL:

Renovar receita Hidroclorotiazida e Salbutamol (spray) (Dia 05.06.17).

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (Dia 05.06.17).

Paciente relata antecedentes de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Asma Bronquial, fumante, que tem tratamento com salbutamol spray e Hidroclorotiazida de 25 MG um comprimido pela manhã, que acha que o tratamento da pressão não esta sendo efetivo e pergunta: Doutor eu poso tomar Atenolol igual que minha esposa Maria?

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: Cefaleia;

Cabeça e Pescoço: Dor de cabeça em ocasiões;

Tórax: falta de ar quando tem gripe, nega tosse;

Abdome: nega dor;

Sistema Geniturinário: nega ardência, poliúria, leucorreia;

Sistema endócrino: nega alterações;

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações;

Sistema nervoso: Sem alteração;

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Patológicos:

Doenças da infância: (Varicela, caxumba);

Antecedentes de Hipertensão Arterial Sistêmica, Asma Bronquial, Obesidade; tabagismo;

Antecedente Cirúrgico: Não refere;

Nega alergias, Diabetes Mellitus e outras;

Medicamentos em uso: Hidroclorotiazida 25 MG e Salbutamol Spray em crise de falta de ar e Asma;

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pai falecido: HAS, Infarto Miocárdico;

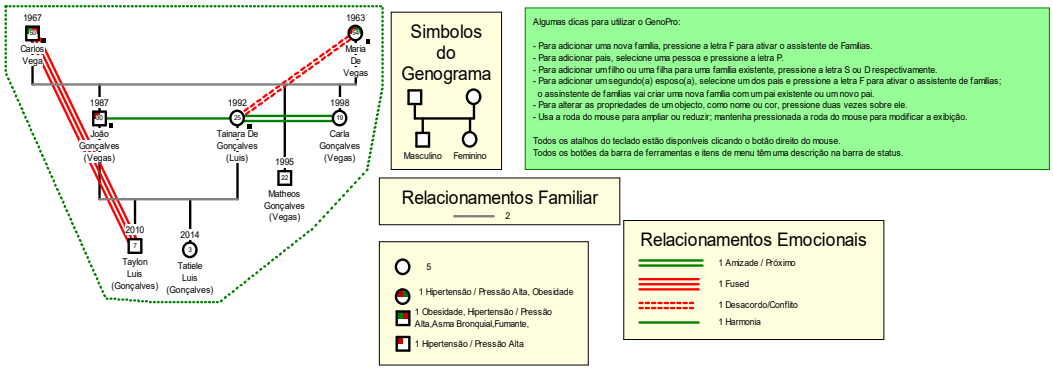
Mãe: Viva, com HAS e Diabetes Mellitus tipo II, Asma Bronquial;

Irmã: Asma Bronquial;

Irmão: Hipertensa e Diabetes Mellitus.

GENOGRAMA:

(Nomes fictícios)



Condições de Vida:

Alimentação: Predominantemente carboidrato, rica em gorduras, sal e produtos industrializados, com pouca fruta e verduras.

Habitação: mora com sua esposa, três filhos, uma nora e dos netos. Vive em uma casa de cimento e telhado de zinco, com 4 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro. Água encanada.

Hábitos de vida: tabagismo, Sedentário.

Condições socioeconômicas: a renda familiar é boa.

Vida familiar: Tem uma relação boa com sua esposa e filhos, muita estreita e fusionada com um neto que é sua vida.

EXAME FÍSICO

Somatoscopia:

Paciente com estado geral adequado, orientado no tempo e espaço, fácies, fala e linguagem típica, atitude voluntária.

Pele e mucosa: Normocoradas, hidratada, afebril ao toque, não edema.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,2ºC;

PA: 180x100 mmHg; FC:

84 bpm;

FR: 20 irpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 98 kg, Altura: 1,68 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 34,7 (Obesidade).

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades, olhos simétricos sem alteração visual aparente, ouvidos e nariz normal, ausência de adenopatia retroauricular e cervical, tireoide com tamanho, consistência, mobilidade e normal, pulso carotídeo e cavidade oral sem alterações.

Tórax:

Inspeção: tórax simétrico; com boa expansibilidade, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem; não tiragem.

Palpação: expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações;

Percussão: sem alterações;

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados;

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: Globuloso, ausência de circulação colateral.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: timpânico, espaço de traube livre;

Palpação: Suave, não doloroso á palpação, com ausência de visceromegalias e/ou massas.

Extremidades: Membros superiores e inferiores simétricos, pulsos pediosos, articulações sem alteração, não edema, ausência de vasos dilatados.

Diagnósticos: Hipertensão Arterial Sistêmica, Asma Bronquial, Obesidade, Tabagismo.

Plano:

Medidas terapêuticas:

Hidroclorotiazida 25 mg 1 cp pela manhã.

Losartana 50 mg 1 cp 12/12horas.

Salbutamol spray 2 jatos 8/8h se falta de ar.

Paracetamol 500 mg 1 cp 8/8h se dor.

Exames solicitados:

Eletrocardiograma; Dosagem de glicose; Dosagem de colesterol total; LDL; HDL; Dosagem de triglicerídeos; Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1); Dosagem de potássio; Fundoscopia.

Encaminhamento:

Encaminhamento para o CAPS para colocar tratamento para o fumo.

Aconselhamento (orientações e recomendações):

1. Em quanto à pergunta não é recomendada o uso de (Atenolol) em pacientes hipertensos e asmáticos porque pode dar falta de ar e ataques de asma. Vou a olhar a literatura científica e dou mais informação.
2. Cumprir com o tratamento das doenças.
3. Controle de PA por duas semanas.
4. Orientações nutricionais (Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos, diminua o consumo de gordura, evite alimentos industrializados e os temperos prontos, prefira uma dieta rica em frutas e vegetais).
5. Evite o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.
6. Procure fazer atividade física e mantenha o seu peso saudável. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.
7. Incorporasse ao grupo de Hipertensos na unidade onde tem profissionais capacitados para ajudá-lo como nutricionista, professor de educação física, psicólogo e nossa equipe.

Agendar consulta dentro de 30 dias.

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 05/07/2017)

A paciente retorna no dia com os dados da triagem:

PA: 130/80 mmHg Peso: 96 kg

Refere que se sente melhor que com ajuda dos profissionais e grupo de hipertensos a logrado aprender sobre como alimentar se, esta fazendo exercício físico e caminhadas, e diminuiu o fumo.

Trouxe exames indicados anteriormente com valores dentro da normalidade.

Paciente controlado com bom estado geral, exame físico sem alterações significativas.

Orientações:

- Continuar com o tratamento e orientações sobre as patologias.
- Na próxima atividade de grupo na sexta vou a dar uma palestra sobre a revisão cientifica sobre uso de atenolol em asmáticos.
- Próxima consulta em 3 meses.

Listar artigos identificados nas bases de dados.

- ✓ Self TH, Wallace JL, Soberman JE. Cardioselective beta-blocker treatment of hypertension in patients whith asthma: when do benefits outweigh risks? J Asthma. 2012 Nov; 49(9): 947-51. doi:10.3109 / 02770903 . 2012. 719252. Disponível em: <https:www.ncbi.nlm.nih.gov./pubmed/22974249>.

- ✓ Barnett MJ, Milavetz G, Kaboli PJ. Beta – Blocker therapy in veterans whith asthma or chronic obstructive pulmonary disease. Pharmacotherapy. 2005 Nov; 25(11):1550- 9. Disponível em: <https:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16232018>.

- ✓ Chafin CC, Soberman JE, Demirkan K, Self T. Beta-blockers after myocardial infarction: do benefits ever outweigh risks in asthma? Cardiology. 1999; 92(2):99-105. Review. . Disponível em: <https:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1070265>.

- ✓ Van Zyl AI, Jennings AA, Bateman ED, Opie LH. Comparison of respiratory effects of two cardioselective beta-blockers, celiprolol and atenolol, in asthmatics whith mild to moderate hypertension. Chest. 1989 Jan; 95(1): 209-13. Disponível em: <https:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2562825>.

Avaliação crítica dos artigos relevantes.

Na revisão na base de dados via PUBMED foram selecionados oito artigos sobre o tema, após estudo dos resumos quatro são os mais relevantes referentes a uso de betabloqueadores (Atenolol) em pacientes hipertensos e asmáticos. Do meu ponto de vista eu acredito que as maiorias dos artigos visitados relatam que não é aconselhável a utilização de atenolol no paciente asmático. Embora alguns falam que podem ser usados em doses baixas avaliando os benefícios e riscos em pacientes infartados que estão carregando asma intermitente ou intensidade menor. O artigo Beta- blockers after myocardial infarction:do benefits ever outweigh risks in asthma refere que através de MEDLINE durante os ultimos 35 anos o asma induzida por betabloqueadores podem causar asma fatal ou com risco de vida, o seu uso deve ser evitado.Muitos artigos relevantes destacam a associação de atenolol com bronca constrição como faz o artigo: Comparison of respiratory effects of two cardioselective beta-blockers, celiprolol and atenolol, in asthmatics whith mild to moderate. De acordo estudos o asma coexistente continua sendo uma grande contraindicação para bloqueio beta entre eles atenolol.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

Como mencionado na introdução deste portfólio a Estratégia Saúde da Família (ESF) Damé pertencente ao município Bagé/RS está composta por uma equipe de trabalho com médico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, e um dentista. Nossa unidade abrange um total de 3466 usuários, deles são 1686 femininos e 1780 masculinos, se realiza o cuidado da saúde desta população adscrita, garantindo uma atenção à saúde com integralidade por meio da realização de ações de prevenção, educação e promoção da saúde. A população atendida em sua maioria mora em condições precárias, com baixo nível cultural e social, dificuldades econômicas, predomínio de costumes e tradições de bairro pobre, constituindo um território de risco e vulnerabilidade biológica e social a trabalhar com a equipe de forma interdisciplinar com atividades de educação permanente.

O estilo de vida da população com uma cultura higiênica sanitária inadequada, maus hábitos alimentares, sedentarismo, o fumo, junto ao padrão hereditário são fatores que influenciam na obesidade, hiperlipidêmicas e doenças crônicas como Hipertensão Arterial que é uma das principais problemas de saúde da comunidade afetando qualquer época da vida e a gravidez.

O período de gestação e parto envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada do novo membro de uma família, constituindo-se, assim, em momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde a serem realizadas por profissionais de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). (BRASIL, 2011).

Muitas gestantes de minha área de abrangência sofrem do impacto desse estilo de vida, cursando a gravidez com síndrome hipertensiva em qualquer de suas categorias, classificada segundo (BRASIL, 2012).

- Hipertensão Arterial Crônica.
- Hipertensão gestacional.
- Pré-eclâmpsia.
- Eclâmpsia.
- Pré-eclâmpsia superposta á HAS Crônica.

As síndromes hipertensivas na gestação acarretam expressiva mortalidade tanto materna quanto fetal. Não existem informações precisas sobre incidência de Pré-eclâmpsia (PE), porém estima-se que afete cerca de 4% das gestações. No Brasil, incidência de 1,5 % para PE e de 0,6% para eclâmpsia é relatada. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016).

Minha prática diária das gestantes diagnosticadas com hipertensão durante a gravidez e as que já tinham diagnóstica anterior nenhuma levava em conta o tratamento não farmacológico em equilíbrio com o tratamento farmacológico. Frente a isso se identificou a necessidade de realizar ações educativas para prevenir complicações e agravos nestas pacientes tais como atividades de promoção e educação em saúde para ajudar o processo de gestação. Destacam-se as discussões de grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e troca de experiências em grupo.

Ademais se constatou através dos registros gráficos das gestantes hipertensas irregularidade na curva de peso e o predomínio do índice de massa corporal entre sobrepeso e obesidade. Para isso se leva um seguimento através do (SIS-PRENATAL), preenchimento do prontuário e caderneta da gestante. Torna-se necessária a participação e apoio da nutricionista do NASF para desenvolver estratégias relacionadas a hábitos alimentares saudáveis visando à promoção do peso adequado.

Outras das dificuldades encontradas nas consultas foram os elevados índices de gestantes hipertensas faltosas aos seguimentos subsequentes do pré-natal. Isto possibilita desenvolver como estratégia visitas domiciliares junto com os agentes comunitários para reincorporar as mesmas ao atendimento adequado como recomenda o Ministério da Saúde.

Cronograma recomendado pelo Ministério da Saúde:

- Até 28ª semana – mensalmente;
- Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

Fonte: (BRASIL, 2012)

Uma vez identificados os problemas idealizamos usar a sala de reuniões para trabalhar ações de prevenção, promoção e educação em saúde onde abordamos aspectos tais como:

- ✓ Cumprimento do tratamento farmacológico e não farmacológico para a doença crônica.
- ✓ A realização de atividade física.
- ✓ Nutrição: promoção da alimentação saudável.
- ✓ Importância do pré-natal.
- ✓ Assistência às consultas de seguimento.
- ✓ Monitoramento da pressão arterial e Ganância de peso.
- ✓ Cuidados do corpo e da mente.

Todas estas ações de saúde são executadas por parte da unidade de saúde para atender a demanda das gestantes hipertensas, com participação interdisciplinar, multiprofissional, e avaliação continua humanizada e integral de todo a equipe, NASF e o especialista gineco-obstetra com o fim de evitar agravos e complicações, obtendo mães e bebês saudáveis, e experiência sobre praticas de educação permanente.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e perinatais. Os objetivos do manejo da hipertensão arterial na gravidez são: proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral; minimizar a prematuridade; manter uma perfusão útero-placentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal. (BRASIL, 2012).

4. Visita domiciliar/Atividades no domícilio.

A visita domiciliar (VD) constitui um dos instrumentos mais indicados na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado: visando à promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação desenvolve-se em um espaço extraunidade de saúde. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença. (Andrade, 2014).

A Política Nacional de Atenção Domiciliar define a atenção domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde como uma "modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde". (Savassi, 2016).

Em minha unidade se realiza atividades de visita domiciliar por toda a equipe de trabalho de maneira sistematizada, articulada e regular, aos pacientes portadores de doenças crônicas, acamados, idosos com senilidade, doenças agudas incapacitados de assistir ao posto ou com fins de vigilância epidemiológica. Eu realizo visitas domiciliares todas as semanas, na tarde da sexta, estas são agendadas e solicitadas pelo familiar/cuidador dos pacientes, e por parte dos agentes comunitários ou membros da equipe que contatem uma situação com necessidade de atenção domiciliar.

A VD é considerada a atividade externa à unidade de saúde mais desenvolvida pelas equipes de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família. (Andrade, 2014).

Minha equipe de saúde se organiza para realizar a assistência domiciliar, se analisam em cada caso os critérios de inclusão e exclusão para a mesma, dentro dos primeiros temos: ser morador da área de abrangência, presença de cuidador,

família deseja a assistência domiciliar, condição clínica comprometida e grau de perda funcional, além de dependência para a realização das atividades da vida diária. Realizam-se reuniões periódicas para discussões clínicas e reprogramação de condutas, com busca de instrumentos para facilitar o cuidado como melhor forma de organizar os medicamentos, orientações á família verbalmente, e deixar um registro de forma clara e concisa, com o diagnóstico, cuidados e sinais de gravidade.

Na atenção domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço da família, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença. (Brasil, 2012).

Na equipe de saúde que atua no AD, as funções abrangem a avaliação de modo integral, individual, familiar e do contexto social da situação da pessoa enferma, o esclarecimento da família sobre os problemas de saúde e a construção de plano de cuidados para a pessoa enferma. (Boas, 2012).

A visita domiciliar tem como principais objetivos: restabelecer a independência e manter a autonomia do paciente, fortalecer o vínculo equipe-paciente-família, conhecer o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais, verificar a estrutura e dinâmica familiar, identificar fatores de risco individuais e familiares, prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, estimular a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, propiciar ao individuo e á família a participação ativa no processo saúde-doença, adequar o atendimento ás necessidades e expectativas do individuo e de seus familiares, intervir precocemente na evolução de complicações e internações hospitalares, articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação para melhorar a qualidade de vida do paciente.

A atenção domiciliar no plano da atenção básica faz parte do processo de trabalho das equipes e prima pela interdisciplinaridade. Cada caso deve ser discutido e planejado pela equipe, considerando as especificidades técnicas, socioculturais e ações entre equipe, família e comunidade. Potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se

assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença. (Brasil, 2012).

Dessa forma, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a AD constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (Brasil, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são hoje responsáveis pela maior carga de morbimortalidade em muitos países, e representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Entre elas, a Hipertensão Arterial (HA) tem despertado a atenção da saúde pública mundial por apresentar múltiplos fatores de risco, elevada prevalência e curso clínico assintomático e progressivo, o que dificulta seu controle. Quando não tratada adequadamente, leva ao surgimento de complicações renais e doenças cardíacas e cerebrovasculares, acarretando elevados custos médicos e socioeconômicos. (Silva, 2016).

Quando a assistência à pessoa com HA insere e incorpora a família como unidade a ser cuidada, possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e das necessidades de intervenções não curativas, além de estimular a atuação e participação nos cuidados necessários ao controle da doença. As visitas domiciliares podem se constituir em fator de envolvimento familiar no processo terapêutico, o que facilita a adesão ao tratamento da doença. (Silva, 2016).

A visita domiciliar destes pacientes com antecedentes de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), associados a complicações como acidente vascular encefálico (AVC), insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, com deficiência ou dependência para realizar as atividades básicas, idosos com problemas de mobilidade e locomoção, com incapacidade para assistir ao posto de saúde são avaliadas em casa, realizando-se uma intervenção integral com anamnese, investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida, exame físico completo, controle da pressão arterial, busca de lesões em órgãos–alvo, exames complementários necessários, estabelecendo diagnósticos, orientando sobre a doença, tratamento não medicamentoso estimulando mudanças no estilo de vida,

controle de peso, medidas nutricional, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros, uso regular de medicamentos prescritos. São realizados procedimentos como aferição de pressão arterial (PA) e temperatura, verificação de glicemia capilar (HGT), curativos de feridas, úlceras e lesões na pele, administração de medicamentos via oral/parenteral, cuidados com as sondas vesicais, nasogástrica e estomias. ECT.

Planejamento, implementação e evolução de ações educativas, preventivas, de controle, oportunizando momentos de intervenção, diálogo com os familiares e responsáveis, de forma humanizada insistindo sobre as atividades do cuidador entre elas, ajudar no cuidado corporal, estimular e ajudar na alimentação, ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas, realizar mudança do decúbito e massagem de conforto, administrar medicamentos no horário correto e todos os dias, assim como comunicar a equipe de saúde as intercorrências.

A atenção à saúde (que fornece apoio, monitoramento constante e, principalmente, informação oportuna) aumenta o conhecimento dos pacientes e melhora a aderência ao tratamento. Esta lógica de assistência reduz o número de complicações da doença e proporciona melhor qualidade de vida aos indivíduos e suas famílias, sobretudo se os profissionais de saúde forem engajados em práticas de formação continuada. (Silva, 2016).

A visita domiciliar é um espaço privilegiado para diálogos e produção de saberes e faz parte do processo de trabalho das equipes de SF e em alguns momentos também do Nasf, na qual os profissionais devem realizar o acompanhamento do usuário, em domicílio, com uma periodicidade a ser definida em conjunto com a equipe. Além disso, ela constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde–doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade. (Brasil, 2010).

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A Atenção Primaria á Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, responsabilização, humanização, equidade, integralidade, vínculo e participação social. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado. A organização da APS tem como política de Estado e estratégia institucional a Estratégia Saúde da Família (ESF) que leva a saúde para mais perto das famílias, com profissionais preparados para oferecer ás pessoas atenção integral, permanente e de qualidade.

O Sistema Único de Saúde - SUS lançou o Programa Mais Médico para diminuir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do país. A política de educação permanente, uma das prioridades desse Programa, é fortalecida via integração ensino-serviço, o aperfeiçoamento dos profissionais participantes do Mais Médico se dá pelo curso de especialização em Atenção Básica e atividades de ensino, oferecido pelas instituições de educação superior brasileira vinculada ao Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Para mim apesar de ter experiência de trabalho na atenção primaria de saúde em meu país Cuba e na República Bolivariana de Venezuela a ESF e curso de educação a distancia via internet é novo com características particulares da área de atuação que precisa esforço e habilidades técnicas para desenvolver uma integração ensino-serviço, sendo de grande importância na aprendizagem, promovendo a capacitação docente dos profissionais dos serviços, gerando transformações com novas tendências e práticas desejáveis de atuação.

O EIXO 1-Campo de Saúde Coletiva permitiu conhecer a história das políticas públicas de saúde e SUS, a estrutura e composição facilitando a comparação com meu Município, investigando dados sobre cuidados e distribuição da atenção básica e hospitalar, o modelo de Assistência em saúde, organização por graus crescentes de complexidade e articulação entre os diferentes níveis, assim com recursos disponível, planejamento e gestão. Nesta primeira parte conheci sobre o NASF, em meu município não funcionava e agora já se esta executando, permitindo o

fortalecimento da ESF a partir de uma atenção básica organizada. Também foi útil o conceito de APS e seus atributos, tão necessários para realizar atenção a cada paciente de minha área de abrangência.

Na trajetória do curso aprendi sobre estudo epidemiológico e indicadores em saúde, isso possibilitou trabalhar sobre a relação saúde-doença propondo medidas de prevenção e controle em minha comunidade, assim como avaliação dos níveis de saúde. Outros dos aspectos estudados foi vigilância em saúde que propicia atender as mais diversas situações de agravos e doenças de notificação, sendo de grande utilidade para mim às fichas epidemiológicas no acompanhamento e registro das atividades. A utilização de tecnologias como Google Earth foi uma novidade para mim, favorecendo a análise e avaliação dos riscos de saúde coletiva relacionado com o meio ambiente e perfil socioeconômico.

Uma ferramenta fundamental na atenção primária é o uso da agenda profissional que responde ás necessidade de saúde da área de abrangência permitindo impacto sobre os atributos da APS. Através do registro clínico (SOAP) pode-se monitorar o atendimento com exatidão, brevidade, clareza dos usuários ao longo do tempo. Também me chamou a atenção das modalidades de conduta terapêuticas o Geno-pro para confecção do genograma.

No Eixo 2-Temático de Núcleo Profissional, foram desenvolvidos casos complexos com questões relacionadas á assistência integral da saúde da criança e adolescente, da mulher, do adulto idoso, além as Saúde mental e urgências na APS. Temas como doenças crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus ECT), pré-natal baixo risco, puericulturas, imunizações, métodos anticoncepcionais entre outros, foram estudadas através de casos clínicos com situações frequentes na prática diária, fortalecendo os conhecimentos e refletindo as diversas formas de acompanhamento destes pacientes.

Foi proveitoso porque permitiu desenvolver casos complexos sobre doenças comuns no cotidiano, contendo referências necessárias para os profissionais que atuam na APS, cadernos básicos, diretrizes de tratamento, protocolos clínicos influindo de forma satisfatória sobre a aprendizagem, com maior preparação, capacidade para enfrentar problemas, melhorando o atendimento, evitando complicações, encaminhamentos e internações a condições sensíveis á atenção primaria.

Os casos mostram como as consultas têm caráter multidirecional, um exemplo é o caso de Sr Homero que assiste á unidade de saúde com ardência para urinar e pingadeira contatando-se HAS descontrolada na sala de triagem, refere não haver tomado os medicamentos porque se lhe terminaram, que não tinha sentido nada. Pacientes como estes são usuais em nossa realidade de trabalho, por isso é importante o triagem, a organização e comunicação da equipe para lograr um atendimento integral e de qualidade.

Com as atividades do Portfólio pude incrementar o domínio na atenção a cada paciente e família tendo em conta fatores biopsicossociais, contribuindo no desenvolvimento, compromisso profissional e humanizado.

O curso de especialização em saúde da família foi uma experiência gratificante porque me possibilitou ampliar os conhecimentos sobre a ESF, facilitando a organização e compreensão do processo de trabalho. Demonstrou articular teoria/prática, colaborando para transformações positivas em saúde.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 1ª edição – 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da gestante em APS / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2016; 107(supl3): 49.

Andrade AM, Guimarães AM, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde vol. 23 no. 1. Brasília Jan /Mar. 2014. (scielo). Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100165&lng=en.>.

Savassi L. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** [Internet]. 2016 Ago 17; [Citado em 2017 Dez 24]; 11(38): 1-12. Disponível em:

<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1259>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 1ª edição – 2012; vol.1: p. 22-27.

Boas PJFV, Souza ML, Augusto MC, Floripes TM. Acompanhamento domiciliar de idoso de Unidade da Saúde da Família de Botucatu. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v.36, n.1, supl.1, p.161-165, Mar. 2012[acesso em 2017 Dez 24]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200022&lng=pt&nrm=iso>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44

Silva RLDT, Barreto MS, Arruda GO, Marcon SS. Avaliação da implementação do programa de cuidados para pessoas com hipertensão arterial. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 fev [citado em 2017 Dez 23]; 69 (1): 79-87. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100079&lng=pt&nrm=iso>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério de Saúde, 2010. 152p: il-(Série A. Normas e Manuais Técnicos)(Cadernos de Atenção Básica, n.27) .

7. ANEXO 1:

PROJETO DE INTERVENÇÃO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
Especialização em Saúde da Família

Armando Druney Diaz Canizarez

Modificação do estilo de vida para controle da Pressão Arterial Sistêmica em pacientes atendidos na Unidade de Saúde DAMÉ

PORTO ALEGRE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS
Especialização em Saúde da Família

Armando Druney Diaz Canizarez

Modificação do estilo de vida para controle da Pressão Arterial Sistêmica em pacientes atendidos na Unidade de Saúde DAMÉ

Projeto de intervenção do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNASUS.

PORTO ALEGRE

2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldade no seu controle. É também o principal fator de risco para as complicações mais comum como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A mudança no estilo de vida da população de minha comunidade parece contribuir na incidência e prevalência de pressão arterial elevada tendo alto percentual da doença, mas não tem estudos dedicados a esta temática, por tanto queremos fazer o seguinte trabalho de intervenção educativa com o objetivo de controlar a HAS através da modificação do inadequado estilo de vida dos pacientes hipertensos com idade entre 30 a 60 anos na unidade de saúde Damé Município Bagé, Estado Rio Grande do Sul. O estudo será realizado em quatro momentos e espera-se com o processo de execução capacitar aos profissionais da estratégia de saúde da família (ESF) no planejamento das ações de saúde sobre a enfermidade e técnicas de educação permanente, avaliação dos pacientes com hipertensão arterial da minha comunidade, elevar o conhecimento para promover hábitos e estilos de vida saudável e controlar a patologia.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial; Estilo de vida; Estratégia de saúde da família.

SUMÁRIO

1. Introdução 29

2. Objetivos 31

2.1 Geral 31

2.2 Específicos 31

3. Revisão da literatura 32

4. Metodologia 36

5. Cronograma 38

6. Recursos necessários 39

7. Resultados esperados 40

8. Avaliação 41

9. Referências 42

Anexos 43

1. INTRODUÇÃO

O posto de saúde Vila Damé município Bagé, estado Rio Grande do Sul foi construído com recursos do Governo Federal - PROESF e entregue à comunidade para sediar o Programa Saúde da Família em Junho de 2004. A Vila Damé é uma das maiores comunidades do município. Seu registro legal data de 1940, mas por meio de pesquisas e relatos de antigos moradores estima-se que a Vila Damé tenha mais de cem anos de existência. Sua economia é baseada principalmente na produção de tijolos e coleta de lenha e madeira para os fornos, reprodução de animais como gado, porcos, cavalos, carneiros e aves.

Minha equipe de trabalho esta composta por medico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, dentista, uma farmacêutica. Atende uma população de 3466, deles são 1686 femininos e 1780 masculinos, dentro das atividades que desenvolvemos na unidade temos consultas medicas e de enfermagem, consultas odontológicas, curativos e vacinação, visitas domiciliares, atividades de grupos com pacientes idosos, crianças, gestantes, hipertensos, entre outros garantindo uma atenção integral, coordenada e longitudinal na comunidade.

Os motivos de consulta mais frequente em nosso posto de saúde são doenças respiratórias e doenças circulatória sendo a de maior assistência a Hipertensão Arterial, e sua vez o principal problema de saúde encontrado na comunidade. Os pacientes são atendidos tanto em demanda espontânea como em consultas agendada, se realizam atividades de grupos, palestras e conversas abordando informação sobre a doença, fatores de risco, consequências e medidas para seu controle.

Atualmente a equipe atende 223 usuários com hipertensão arterial, sendo 91 homens e 132 mulheres, com idade media 59. (SIAB 2016). Dentro destes temos pacientes com complicações associadas como AVC, insuficiência cardíaca, insuficiência renal devido aos estilos de vida incorretos e falta de cumprimento do tratamento médico.

Acredito que esta intervenção será importante para melhorar a atenção á população de nossa comunidade com acesso a atividades educativas encaminhadas

a modificar estilos de vida e controle da doença para assim reduzir as complicações e mortalidade por essa patologia.

1.1 Situação-problema

Tendo como base as análises realizadas nas ações de saúde e reuniões de equipe foram encontradas os principais problemas de saúde de nossa comunidade tendo a Hipertensão Arterial como uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes. Este trabalho refere-se aos controles de hipertensos da ESF Damé através das mudanças dos estilos de vida dos pacientes compreendidos entre 30 a 60 anos de idade.

1.2. Justificativa

O tema escolhido para nosso trabalho e muito importante porque a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comum como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35 % da população de 40 anos e mais. (Brasil 2006).

Nossa comunidade tem alto percentual de Hipertensão Arterial, mas não tem estudos dedicados a esta temática, por tanto queremos fazer uma estratégia de intervenção com o objetivo de poder modificar os estilos de vida de paciente com esta doença, assim como alcançar estratégias de controle efetivas, combinada educação comunitária e avaliação dos indivíduos de risco.

É importante para direcionar intervenções mais eficazes no controle da doença, a utilização de outras práticas de controle da HAS para modificar estilos de vida inadequados como a realização de palestras, técnicas educativas que promovam uma dieta adequada, prática de atividade física e hábitos de vida saudável para obter uma redução da incidência de esta doença e a aparição de complicações.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Controlar a HAS através da modificação do inadequado estilo de vida dos pacientes hipertensos com idade entre 30 a 60 anos na unidade de saúde Damé Município Bagé, Estado Rio Grande do Sul.

2.2. Objetivos Específicos

1. Orientar aos profissionais da unidade de saúde sobre o projeto e técnicas educacionais.

2. Explicar aos pacientes escolhidos a importância e objetivos do projeto.

3. Promover adequados hábitos de vida nos pacientes hipertensos.

4. Avaliar os resultados do projeto.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível. Isso quer dizer que não se transmite de pessoa a pessoa, mas precisa de controle para toda a vida. Acontece quando há aumento da pressão do sangue dentro dos vasos sanguíneos como artérias por acima dos valores considerados normais por um longo período de tempo. É definida como pressão arterial sistólica maior ou igual 140 mm/Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm/Hg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensivo (Brasil, 2006).

É considerada uma doença influenciada por fatores de risco que podem ser modificáveis e não modificáveis. Dentro dos não modificáveis temos o sexo, a idade, herança genética. Dentro dos modificáveis tem tabagismo, alimentação inadequada, álcool, inatividade física, obesidade e sobrepeso, segundo Brasil (2006) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbi-mortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (Brasil, 2006).

Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com PA ≤ 120/80 mmHg, e anualmente para aqueles com PA > 120/80 mmHg e < 140/90 mmHg. A PA deve ser medida no braço, devendo-se utilizar manguito adequado à sua circunferência. Para a medição da PA aos pacientes se deve ter em conta procedimentos tais como explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; não ingeriu bebidas

alcoólicas, café ou alimentos; não fumou nos 30 minutos anteriores. O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; - O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro. Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada. (Malachias MVB, 2016).

A pressão arterial pode ser diferente em cada um dos braços. Valores de até 10 mmHg de diferença são considerados normais. Da mesma forma, ao longo do dia, os valores tendem a se alterar. A pressão costuma estar mais baixa logo ao acordar e mais alta ao final do dia. Por isso, o ideal é sempre medir a pressão arterial no mesmo braço e mais ou menos na mesma hora do dia para que os valores possam ser comparáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O quadro clinica da Hipertensão Arterial Sistêmica pode ser assintomático ou com sintomas como dor de cabeça, tontura, enjoo, câimbras, dor no peito. O tratamento pode ser farmacológico e não farmacológico, as medidas não farmacológicas estão relacionadas diretamente com as modificações no estilo de vida.

As diferentes manifestações da atividade humana, a nível individual são conhecidas com o nome do estilo de vida individual, que peculiariza suas características específicas no nível do indivíduo. (Díaz Llanes,2000).

Principais fatores de risco associados ao estilo de vida:

Obesidade: O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado. Estudos sugerem que obesidade central está mais

fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos com nível de pressão arterial ótimo, que ao correr do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão. A perda de peso acarreta redução da pressão arterial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Tabagismo: outro fator de risco autocriado, presente no estilo de vida investigado foi o tabagismo, o fumo é considerado importante causa de perda de saúde. Está associado ao desenvolvimento de doenças respiratórias, cardiovasculares e neoplásicas (MOREIRA *et al,* 1995). O fumo é único fator de risco totalmente evitável de doenças e morte cardiovasculares. Evitar esse hábito, que em 90% dos casos ocorre na adolescência é um dos desafios sem razão da dependência química causada pela nicotina. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Alcoolismo: De acordo com a SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, (2010) há associação entre a ingestão de álcool e alterações de PA dependentes da quantidade ingerida. Claramente, uma quantidade maior de etanol eleva a PA e esta associada a maior morbidade e mortalidade cardiovasculares.

O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido. Verifica-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol.Estudo observacional indica que o consumo de bebida alcoólica fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Estresse: Há evidências de uma relação positiva entre estresse emocional e aumento da pressão arterial e da reatividade cardiovascular sendo a reatividade aumentada ao estresse um fator prognóstico do desenvolvimento da hipertensão

arterial. O estresse crônico também pode contribuir para o desenvolvimento de hipertensão arterial embora os mecanismos envolvidos não estejam claros. Assim, o controle do estresse emocional é necessário na prevenção primária da hipertensão arterial. O treino desse controle resulta em: redução da reatividade cardiovascular, redução da pressão arterial e redução de variabilidade da pressão arterial, sendo recomendado não só para hipertensos, mas também para aqueles com fatores de risco para hipertensão arterial. (Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006).

Alimentação: Entende-se por alimentação saudável o direito humano a um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, respeitando os princípios da variedade, da moderação e do equilíbrio, dando-se ênfase aos alimentos regionais e o respeito ao seu significado socioeconômico e cultural, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. (Martinez, 2013).

A alimentação pode constituir-se em importante fator de risco de doenças cardiovasculares ateroscleróticas, na medida em que contribui para a etiologia das dislipidemias, obesidade e hipertensão (BRASIL, 1993).

Sedentarismo: O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, mas menos consistente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

4. METODOLOGIA

A realização desta intervenção incluíra a pacientes cadastrados como hipertensos da ESF Damé, município Bagé, Estado Rio Grande do Sul, em idades compreendidas entre 30 e 60 anos. Com uma população de 223 pacientes que sofrem a doença, dois quais 124 são cadastrados nessa idade e tem um acompanhamento pela equipe de saúde. As atividades com esses pacientes hipertensos serão executadas na ESF e outros instalações previstas para o efeito. Da população registrada como hipertensas em nossa área de abrangência se escolherão os que presente um estilo de vida inadequado e, assim, torná-los ações preventivas e educativas.

A escolha será feita através dos procedimentos e ações realizados por nossa equipe de saúde em nosso dia a dia e tarefas que fazem parte da rotina de trabalho, como o acolhimento na unidade de saúde durante as consultas, no grupo de hipertensos, nas visitas domiciliares. Para seleção da mostra de estudo se terá como critério de inclusão: idade superior a 30 anos e menor de 60 anos, tenha vontade de cooperar no estudo, oferecer o conhecimento informado para participar da pesquisa (mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido), encontrar-se na área no momento da intervenção, apresentarem diagnostico de hipertensão arterial.

O presente projeto é uma intervenção educativa com desenho quantitativo, bibliográfico e descritivo, que se realizará com manual bibliográfico e computadorizado para a elaboração final deste trabalho será utilizadas um notebook com Windows 10.

Primeiro momento

O projeto será apresentado para equipe e será realizada uma capacitação durante as reuniões de equipe sobre o tema e serão treinados para dar as palestras, e fazer técnicas educacionais para que os pacientes se encontrem mais motivados e não abandonem o projeto.

Segundo momento

Será feito acolhimento dos pacientes selecionados explicando o objetivo e a importância do projeto de intervenção. Serão distribuídos em grupos de 15 e será verificada a pressão arterial dos participantes, sendo indicado monitoramento da

pressão arterial nos pacientes que estiverem com a mesma elevada e agendamento de consulta medica para avaliação (a pressão arterial será medida em todos os encontros) e aplicaremos um questionário (anexo 1) que irá gerar os dados para o projeto, assim mantendo o mesmo local e com uma frequência mensal será discutido um tema relacionado com o estilo de vida.

Terceiro momento

Primeiro encontro: Será aclarado o conceito do estilo de vida e as diferentes atividades que o integram, pela enfermeira e o medico, além disso, serão praticadas as medições antropométricas como peso e altura, e a nutricionista averiguar os principais alimentos ingeridos e valor nutricional individual de cada um dos participantes pesados, para que a mesma prepare a apresentação de acordo com a necessidade do público alvo.

Segundo encontro: A nutricionista dará uma palestra acerca de alimentação saudável e indicação e manejo adequado da dieta com orientações gerais sobre alimentação adequada e acessível aos pacientes com hipertensão arterial e tendo em conta a valoração nutricional agendara consulta para intercambio individualizado com aqueles pacientes obesos, desnutridos o com sobrepeso.

Terceiro encontro: O médico e o professor de educação física fala sobre a importância da prática de exercício físico para pacientes hipertensos e a frequência com que devem ser feitos, além disso, será planificada uma caminhada onde vai participar toda a equipe de saúde e os pacientes, a qual será feita num horário conveniente para todos, para estimular os mesmos a continuar com esta pratica benéfica para a saúde.

Quarto encontro: O medico vai explicar as repercussões do consumo de substâncias tóxicas como cigarro, álcool e café na HAS e será exposto como se podem evitar as principais complicações das mesmas, será colocado um vídeo que mostre alguns aspectos importantes já abordados nos encontros anteriores para garantir o aprendizado dos mesmos de forma diferente.

Quarto momento

Executar em presença do toda a equipe de saúde e os pacientes a discussão analítica e global do projeto, a aplicação do questionário (Anexo 2). Também ocorrera confraternização com um lanche orientado pela nutricionista e preparado pelos próprios pacientes.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Primeiro momento	X					
Segundo momento	X					
Terceiro momento		X	X	X	X	
Quarto momento						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS:

Recursos humanos

Equipe de saúde da família composta por

- Um médico
- Uma enfermeira
- Uma técnica de enfermagem
- Quatro agentes comunitários

Especialistas do NASF

- Nutricionista
- Professor de educação física

Pacientes

- Pacientes hipertensos cadastrados

Recursos Materiais

- Computador
- Retroprojetor
- Estetoscópio e esfignomanometro
- Balança para adultos
- Fita métrica
- Cartazes e folders
- Material de escritório
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades
- Caneta
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com o seguinte trabalho espero obter:

- Profissionais da ESF Damé capacitados e treinados no planejamento das ações de saúde sobre HAS e técnicas de educação permanente.

- Pacientes do grupo alcancem conhecer a importância e objetivos do projeto sobre a necessidade de que a melhor opção é prevenir.

- Promover e alcançar hábitos de vida no paciente hipertenso através de uma alimentação adequada pratica de exercício físico e cultura sanitária.

- Conscientização quanto a mudanças do estilo de vida, contribuindo para melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

- Contribuir com autorreflexão sobre o tema do projeto e com a identificação de sensibilidade das informações adquiridas para manter controle das doenças e evitar complicações dos pacientes entre 30 e 60 anos de idade.

8. AVALIAÇÃO

O processo de avaliação será realizado durante as consultas na unidade básica de saúde e nos encontros quando será medida a pressão arterial de todos os pacientes, análise de pesquisas em que será verificada se está acontecendo o não à mudança de hábitos de vida, assim como a aplicação do questionário (Anexo 2) que possibilitará avaliar o desenlace do ponto de vista dos pacientes, os impactos esperados e conquistados.Também através das reuniões e espaços de contato onde será criado um ambiente favorável para que os membros do grupo reflitam suas experiências e considerações sobre a intervenção.

9. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 1ª edição – 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al.7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.Arq Bras Cardiol 2016;107(3Supl.3):1-83.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(supl1): 1-51.

Díaz Llanes, Guillermo. Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. Rev Cubana Salud Pública, Dic 2000, vol.26, no.2, p.85-90. ISSN 0864-3466(scielo). Disponível em:

<http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200002&lng=es.>.

Acesso em: 29 abr.2017.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos do Jordão; 2006.

Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeir M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1995 Fev [acesso em 2017 Abr 29]; 29(1): 46-51. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000100008&lng=pt>.

Martinez. Sílvia. A nutrição e a alimentação como pilares dos programas de promoção da saúde e qualidade de vida nas organizações/Nutrition and eating as bases for programs for health promotion and life quality in organizations. Mundo saúde (impr.); 37(2): 201-207. abr-jun. 2013. (LILACS). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/nutricao_alimentacao_pilares_programas_promocao.pdf>. Acesso em: 29 abr.2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle de hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, 1993.

ANEXO 1.

Questionário para conhecer o estilo de vida do paciente

1. Você tem por dia aproximadamente 8 horas de sonho:

a) Sempre ( )
b) Às vezes ( )
c) Quase nunca ( )
d) Nunca ( )

2. Realiza exercícios físicos:

a) Todos os dias ( )
b) Unas 3 vezes por semana ( )
c) 1 vez por semana ( )
d) Cada 15 dias ( )
e) 1 vez por mês ( )
f) Cada 2 ou 3 meses ( )
g) De 6 em 6 meses ( )
h) 1 vez ao ano ( )
i) Nunca ( )

3. Na sua dieta prevalecem:

a) Verduras ( )
b) Gorduras ( )
c) Refrigerantes ( )
d) Doces ( )
e) Frituras ( )
f) Outras ( ) qual (s)?

4. Consume geralmente:

a) Café ( )
b) Cigarro ( )
c) Bebidas alcoólicas ( )
d) Outras drogas ( ) qual (s)?

5. Você tem espaço em sua vida dedicado a recreação:

a) Todos os dias ( )
b) 2 ou 3 vezes por semana ( )
c) 1 vez por semana ( )
d) Cada 15 dias ( )
e) 1 vez por mês ( )
f) Cada 2 ou 3 meses ( )
g) De 6 em 6 meses ( )
h) 1 vez ao ano ( )
i) Nunca ( )

ANEXO 2.

Questionário de avaliação do Projeto de Intervenção

1. Você gostou de participar do Projeto?

Sim ( ) Não ( )

2. O projeto ajudou você entender sobre a sua doença?

Sim ( ) Não ( )

3. As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você?

Sim ( ) Não( )

Quais?_____

4. Em sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto?

5. E os negativos?

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

Sim ( ) Não ( )

Quais? _____