

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BARBARO JESUS CASALES ENSENAT

**DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSIVAS. INFLUÊNCIA DO MEDIO
FAMILIAR E ABORDAGEM EM EQUIPE.**

BELÉM

2018

BARBARO JESUS CASALES ENSENAT

**DOENÇAS CRÓNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. INFLUÊNCIA DO MÊDICO
FAMILIAR E ABORDAGEM EM EQUIPE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de
Especialização em Saúde da Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Orientador: Prof. Diego Azevedo Conte de Melo

BELÉM

2018

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 ESTUDO DE CASO CLINICO.....	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	10
4 VISITA DOMICILIAR.....	12
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	14
REFERÊNCIAS.....	16
ANEXO 1- PROJECTO DE INTERVENÇÃO.....	18

1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Meu nome é Barbaro Jesus Casales Ensenat, sou medico graduado na Cuba no ano 1996 e especialista em Medicina General Integral desde o ano 2001. Trabalhei na Venezuela durante nove anos como medico comunitário e agora me encontro trabalhando na UBS Bela Vista, município Agua Azul do Norte, estado do Pará há um ano.



A UBS Bela Vista encontra-se situada no bairro do igual nome da cidade de Agua Azul do Norte. A população atendida caracteriza-se por ser pobre, ter baixos ingressos econômicos existindo poucas fontes de trabalho, a maioria da população trabalha no frigorifico onde é processada a carne de gado já que o município conta com muitas fazendas dedicadas a atividade pecuária.



Existem varias instituições escolares. Três creches, uma na cidade e dois na zona rural, cinco escolas na cidade, delas três publicas e dois privadas, cinco escolas na zona rural correspondente a ensino fundamental. Existe o total de 35 igrejas na cidade que praticam diferentes religiões, católica, adventista, evangélica entre outras. O índice de analfabetismo é alto.



O município conta com varias associações: a associação de comerciantes, a associação de agropecuários, a associação de professores e a associação de saúde.

As principais doenças atendidas pela UBS são as doenças não transmissíveis como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, as doenças respiratórias agudas, as doenças do sistema ostemioarticular relacionadas com o trabalho no frigorifico, também a Hanseníase tem muita incidência. A fecundidade è alta devido a insuficiente controle do risco preconcepcional e o uso inadequado dos métodos anticoncepcionais.

Meu projeto de intervenção titula-se “Busca ativa de Hipertensão Arterial na UBS Bela Vista, Agua Azul do Norte”. A ideia para sua realização tem surgido quando nos precatamos da baixa quantidade de pacientes hipertensos identificados e atendidos pela UBS em comparação com o total da população. O objetivo principal consiste em determinar a prevalência da doença com a finalidade de brindar atendimento de todos os casos e diminuir as complicações.

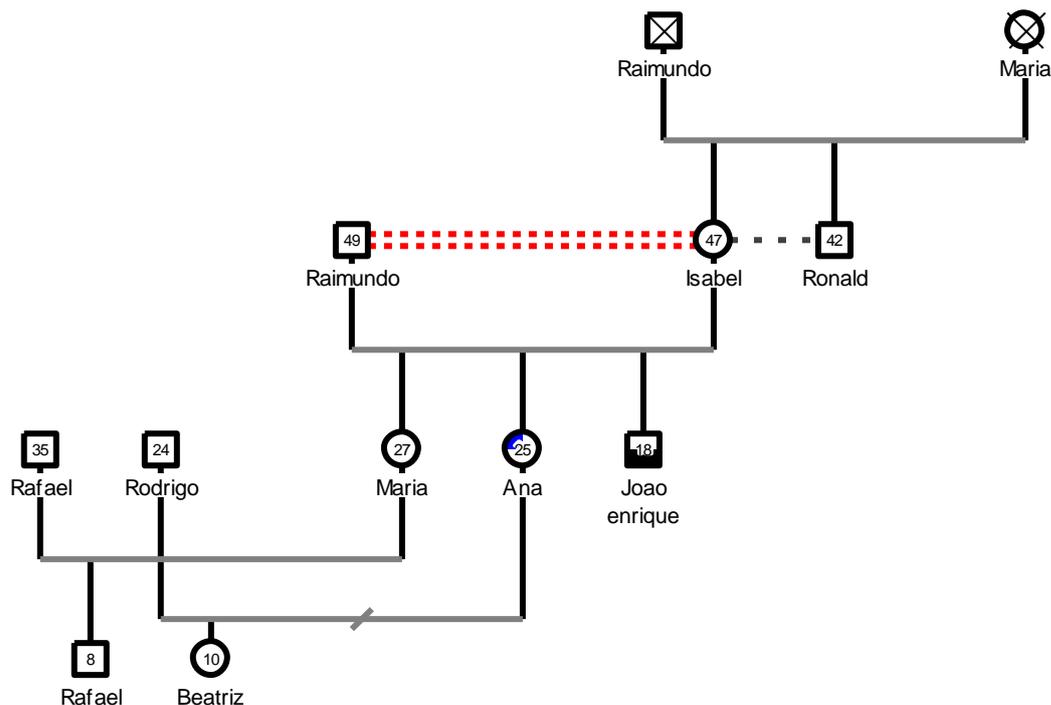
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Como falei na parte introdutória as doenças mais frequentes atendidas pela UBS Bela Vista são as doenças não transmissíveis como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Melitus, as Infecções Respiratórias Agudas, as Doenças do Sistema Osteomioarticular e a Hanseníase.

Apresentamos agora o caso da dona Isabel, paciente de 47 anos que tem antecedentes de Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus, Obesidade e apresentava queixas frequentes de dores na região lombar que ela pensava que tinha relação com alguma doença dos rins.

A dona Isabel é a filha de dona Maria e Sr. Raimundo os quais morreram a faz 7 e 10 anos de insuficiência dos rins e infarto cardíaco respectivamente. Dona Isabel tem um irmão que mora em Goiânia. Ela está casada faz 30 anos com Carlos e tem 3 filhos, Maria de 27 anos, Ana de 25 e João Henrique de 18 anos, tem 2 netos Rafael de 8 anos e Beatriz de 10.

No seguinte genograma mostra-se a família de dona Isabel:



Após fazer o interrogatório conhecemos que a paciente encontrava-se tomando os remédios incorretamente e tinha dias sem tomar, apresentava sintomas de

descontrole da diabetes e prurido genital. Realizou esforços físicos na casa recentemente. Durante o exame físico a pressão arterial encontrava-se alta (160/100). Também o exame da coluna mostra dor durante a palpação da região lombar. Não apresentou afetação do sistema nervoso durante a avaliação. A paciente foi orientada sobre a importância da realização do tratamento correto incluindo a dieta, foram indicados exames: (hemograma, glicemia, colesterol, HDL colesterol, triglicerídeos, creatina, urina e eletrocardiograma). Orientou-se retorno em uma semana.

Na reavaliação a paciente tinha cifras elevadas de glicemia, colesterol total e triglicerídeo e glicosuria. A pressão arterial estava normal, as doses dos remédios foram ajustadas, colocou-se tratamento com Sinvastatina e recomendou-se a realização de caminhadas e a participação do grupo de hipertensos do consultório. A dona Isabel foi citada á consulta novamente controlando as doenças.

Os sintomas clínicos apresentados por Isabel voltaram aparecer 2 vezes há poucos dias, pela qual a equipe aprofundou nas causas realizando-se a avaliação da família e o genograma. A análise do genograma permitiu mostrar as causas do quadro clínico e a tomada de novas estratégias para conseguir a solução.

Mostram-se várias situações que afetam a saúde de Isabel: O relacionamento distante com seu único irmão, os conflitos com seu marido, as preocupações pela separação de sua filha Ana e a depressão da mesma e a vinculação de seu filho João Henrique com álcool e as drogas. A equipe reúne-se para avaliar o caso e decide fazer as seguintes ações:

- Citar a consulta aos filhos da dona Isabel, Ana e João. Após avaliar eles decidiu-se encaminha-los para o CAPS prévia avaliação psicológica e acompanhamento pela equipe.
- Realizar reunião com o resto dos familiares da dona Isabel conseguindo mudar o relacionamento com seu marido Raimundo, o apoio da filha Maria no manejo dos outros filhos Ana e João.
- Ronald, o irmão da Isabel, foi citado para entrevista com a equipe de saúde conseguindo melhorar o relacionamento com sua irmã.

- Fazer o acompanhamento psicológico de Isabel além do acompanhamento médico conseguindo a modificação dos hábitos de vida, sua adesão ao tratamento e a incorporação ao grupo de hipertensos.

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

A UBS Bela Vista pertencente ao Município Agua Azul do Norte do Estado Pará brinda atendimento a uma população de baixos ingressos econômicos e poucas fontes de trabalho. Nela, as doenças não transmissíveis são frequentes e muito influenciadas pelos fatores socioeconômicos e culturais que afetam o controle destas doenças e a qualidade de vida dos pacientes.

RELATO DE CASO:

Apresentamos o caso da dona Isabel, de 47 anos, portadora de Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial, Obesidade e queixas frequentes de dor lombar. Ela está casada faz 30 anos com Carlos e tem 3 filhos, Maria de 27 anos, Ana de 25 e João Henrique de 18 anos, tem 2 netos Rafael de 8 anos e Beatriz de 10. A paciente foi atendida com queixas de dor lombar atribuídos por ela aos rins, realizando-se uma avaliação integral de todas as doenças da paciente além do contexto familiar e social. A avaliação da paciente mostra sintomas de descompensação da Diabetes e da Hipertensão, dores lombares durante a palpação da coluna e cifras de colesterol e triglicérides aumentadas em exames feitos além de irregularidades no cumprimento do tratamento. O contexto familiar e social mostra alguns conflitos e situações que afetam a saúde de dona Isabel: relacionamento distante com seu irmão, conflitos com seu marido, preocupação pela filha que a pouco tempo se divorciou e ficou deprimida, além da preocupação por seu filho que é usuário de drogas e álcool.

Neste contexto foi criado em equipe um plano de cuidado integral da paciente.

Em primeiro lugar, a paciente recebeu educação sobre suas doenças. Explicou-se a importância do cumprimento de uma dieta correta com pouco sal e gorduras, abundantes frutas e vegetais frescos e sem açúcar, redução do peso corporal, importância da atividade física e redução do stress e cumprimento do tratamento correto. Medidas não medicamentosas têm se mostrado eficaz na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo (MALACHIAS, 2016, p. 25). Foi realizada a proposta para a paciente se incorporar ao grupo de Diabéticos do consultório e realizar exercícios físicos supervisionados. Segundo Mendes (2017) os programas de exercícios físicos combinados de longo prazo, baseados na comunidade, são efetivos no controle glicêmico, perfil lipídico, pressão

arterial, perfil antropométrico e risco de doença coronária. A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (PASSOS, 2006, p. 36)

Posteriormente foi colocado tratamento para a hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia e ajustaram as doses dos remédios anti-hipertensivos e antidiabéticos além de tratamento para a candidíases vaginal, analgésicos para a dor lombar, realizando-se reavaliação em uma semana após a qual a paciente já tinha sua pressão arterial e sua glicemia em cifras normais. Segundo Ribeiro de Sousa (2015) no estudo realizado sobre adesão ao tratamento farmacológico em pacientes Hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família, mostrou uma prevalência de adesão ao tratamento farmacológico de 22,9 %.

Para atuar sobre os fatores psicossociais, a paciente foi avaliada pela psicologista da equipe realizando-se acompanhamento. Também se realizou acompanhamento da filha da paciente, e seu filho com problemas de alcoolismo e uso de drogas foi encaminhado para o CAPS. Foi realizada uma dinâmica familiar que melhorou a inter-relação dos membros da família. Segundo Duncan (2012) os problemas psicossociais tem uma influência negativa muito significativa sobre as doenças crônicas não transmissíveis afetando seu controle, a adesão aos tratamentos e propiciando o uso de substâncias tóxicas como o cigarro e o álcool.

A equipe consegue a participação de dona Isabel no grupo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis da UBS garantindo a educação permanente e a modificação do estilo de vida.

4 VISITA DOMICILIAR

Achamos importante ressaltar o conceito de família.

Pode ser útil compreender família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionado pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural. (MINISTERIO DA SAUDE, 2013, p. 63)

Cada família tem uma cultura própria em que circulam seus códigos: normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de expressar e interpretar emoções e comunicações. As ações são interpretadas em um contexto de emoções e de significados pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções geram ações que formam o enredo do sistema familiar e constroem a história singular de cada família, que se transforma com o tempo, com a cultura e com as mudanças sociais. (MINISTERIO DA SAUDE, 2013, p. 63)

A Atenção Domiciliar 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. (MINISTERIO DA SAUDE, 2011, p. 44.)

Lacerda (2013) considera que a visita domiciliar possui um caráter mais pontual de contato com os profissionais, permitindo a observação da realidade do paciente em seu domicílio, ou seja, seu contexto domiciliar, de estrutura física e material ou de relações pessoais intra-familiares podendo realizar orientações.

Com a reorientação do modelo de atenção à saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podemos apontar a visita domiciliar como um eixo transversal que passa pela universalidade, integralidade e equidade. É também um espaço construtor de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo. (Lopes, 2008).

Dessa forma, a VD se evidencia como uma importante ferramenta de cuidado aos usuários condicionados a doenças crônicas, principalmente aos casos de limitações importantes de deslocamento e ou dependência. Contudo, ao passo que a população envelhece, há o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, fato acompanhado pela transição demográfica e epidemiológica, vislumbrando o aumento do número de pessoas que possuem necessidades de cuidados continuados e intensivos, gerando por vezes uma sobrecarga aos serviços de saúde e sociedade (MIRANDA et al., 2013).

No contexto das Doenças Crônicas não transmissíveis, a visita domiciliar permite avaliar e interagir sobre situações que poderiam estar influenciando negativamente sobre os pacientes, como por exemplo: hábitos, costumes, inter-relações com outros membros da família, problemas socioeconômicos, cumprimento correto dos tratamentos dentre outras.

Giacomozzi (2013) ressalta que a relação dos profissionais com os familiares permite ganhar à confiança e a satisfação das pessoas atendidas mediante a prática de uma relação empática e sem julgamentos dada a necessidade de englobar no processo de cuidado, além da competência técnica, o aspecto interpessoal e humanístico da relação medica paciente e família.

O caso de Dona Isabel, mostra a influência negativa de fatores psicossociais no controle das doenças crônicas não transmissíveis. Duncan (2012) ressalta a importância destes fatores. A visita domiciliar realizada neste caso permitiu conhecer os conflitos e dificuldades das relações familiares de Dona Isabel permitindo à equipe ter uma visão mais clara das causas que estavam originando as doenças da paciente além de favorecer a realização da intervenção familiar contribuindo a solução dos problemas.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

As Doenças Crônicas não transmissíveis constituem um serio problema de saúde em todas as populações mostrando altas taxas de prevalência. Multiplex fatores contribuem em sua aparição, alguns deles podem-se modificar e outros não como a idade e a carga genética. Dentre estas doenças, a Hipertensão Arterial mostra os maiores índices de prevalência sendo responsável pela aparição de outras doenças crônicas não transmissíveis como a Cardiopatia Isquêmica e a Insuficiência dos Rins.

O estudo do curso de Especialização em Saúde da Família foi muito importante para me, porque me permitiu conhecer aspectos como a evolução das politicas de saúde no Brasil que influenciaram a atual situação de saúde da população; a criação e funcionamento do SUS, além de ferramentas imprescindíveis para a realização de meu trabalho que não conhecia como, por exemplo, a Lei Maria da Penha. Também o conhecimento e manejo de doenças muito frequentes no Brasil como a Leishmaniose e a Doença de Chagas foram muito interessantes, pois só conhecia teoricamente ao não existirem em Cuba.

A realização dos casos clínicos me permitiu aprender o manejo deles em equipe e compreender sua importância tendo sempre em conta a influência do médio familiar e social e a repercussão dos fatores econômicos. Todos os casos clínicos apresentados resumem as doenças de maior apresentação na atenção básica e após a solução deles, estou mais bem preparado para seu manejo.

Acredito que minha participação no curso foi boa, dediquei o maior tempo possível ao estudo e realização das atividades conseguindo enviar quase todas as tarefas no tempo indicado embora a disponibilidade da Internet não fosse a melhor.

A realização do Portfólio permitiu a construção do TCC passo a passo durante o desenvolvimento das atividades do curso resultando em um ajuda para evitar atrasos na entrega do trabalho final.

O presente trabalho mostra a importância da identificação de todos os casos de Hipertensão Arterial presentes em nossas populações além de uma proposta de pesquisa ativa a ser feita pela equipe de saúde atuando todos numa mesma direção consistente em melhorar a saúde de nossa comunidade. Ressalta-se o papel e a

importância do trabalho das Agentes Comunitárias de saúde para conseguir este objetivo.

O caso clinica relatado reflete como os aspetos psicossociais podem influenciar na descompensação dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e como o trabalho em equipe atuando sobre o contexto familiar pode conseguir a solução do problema. Nesse sentido, a visita domiciliar constitui um excelente instrumento que permite nos acercar ao médio familiar aprofundando na origem das doenças.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde comunitária. A organização do cuidado às pessoas com Diabetes Melitus, tipo 2, em serviços de atenção primária / organização de Sandra Ferreira, Itamar M Bianchini, Rui Flores – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago.2011. 156p.:30 cm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 63.

Giacomozzi, CM. Lacerda, MR. A pratica da Assistência Domiciliar dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família. Scielo. v. 15, n.4, p. 645-653, 2006.

LACERDA, R.M, et all. Atenção na Saúde no Domicilio: modalidades que fundamentam sua pratica. Saúde e sociedade. v.15,n.2, p. 88-95, 2006.

LOPES, W.O; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saúde, v. 7,n. 2, p. 241-247, 2008.

MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3 Supl.3):1-83.

MIRANDA, J. J. et al., Major cardiovascular risk factors in Latin America: a comparison with the United States. The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO). PLoS One. 2013, v. 8, n. 1, p. 540-56.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Información general sobre la HIPERTENSION en el mundo. Ginebra: OMS, 2013.

RIBEIRO DE SOUZA FF, FREITAS DE ANDRADE KV, NASCIMENTO SOBRINHO CL. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na estratégia de saúde da família. Rev Bras Hipertens. 2015; 22(4): 133-8.

XAVIER HT, IZAR M.C, FARIA NETO J.R, ASSAD M.H, ROCHA V.Z, SPOSITO A.C, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol 2013; 101(4.Supl.1): 1-32.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DE SUS-UNASUS**

Barbaro Jesus Casales Ensenat

**BUSCA ATIVA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS BELA VISTA, AGUA
AZUL DO NORTE.**

**BELÉM
JANEIRO 2017**

Barbaro Jesus Casales Ensenat

BUSCA ATIVA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UBS BELA VISTA, AGUA AZUL DO NORTE.

Trabalho de conclusão de curso de especialização em saúde da família apresentado ao programa de Pós-graduação em Ciências de Saúde da Fundação Universidade Federal de Porto Alegre.

Orientadora: Profa. Suyane de Souza Lemos.

BELEM

JANEIRO 2017

RESUMO

O presente projeto de intervenção mostra uma proposta encaminhada à detecção da morbidade oculta de Hipertensão arterial na UBS Bela Vista, município Agua Azul do Norte, Pará, tendo em conta a baixa quantidade de pacientes registrados com a doença em nosso posto de saúde, determinando assim, a prevalência da doença. Persegue-se também a determinação da incidência de Hipertensão no ano 2017. O projeto ressalta a importância das ações a serem feitas pela equipe da saúde durante o trabalho de campo sendo fundamental a participação das agentes comunitárias de saúde devido a sua maior permanência dentro da comunidade. A detecção de casos ocultos permite o atendimento dos pacientes reduzindo a aparição de complicações e mortes neles.

PALABRAS-CHAVE: Morbidade oculta, Prevalencia-Incidencia, Hipertensão arterial.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 PROBLEMA.....	6
3 JUSTIFICATIVA.....	7
4 OBJETIVOS.....	8
4.1 OBJETIVO GERAL.....	8
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	9
6 MATERIAL E MÉTODO.....	11
7 CRONOGRAMA.....	14
8 RECURSOS.....	15
9 RESULTADOS ESPERADOS.....	16
10 REFERÊNCIAS.....	17
11 APENDICE 1.....	18
12 APENDICE 2.....	19

1 INTRODUÇÃO

O município de Agua Azul do Norte encontra-se no interior do estado do Pará. Tem uma população de 26.000 habitantes distribuída na área urbana e rural. A área urbana conta com um PSF no Centro e uma UBS no Bairro Bela Vista. Esta ultima é o nosso local de trabalho. Nossa população é de 3.112 habitantes. Doença como a hipertensão arterial é responsável por importantes sequelas e mortes nos pacientes.

Resultam muito frequentes os casos de mobilidade oculta de hipertensão arterial nas populações acontecendo à maioria das complicações nestes pacientes por não estarem controlados, sendo, por esse motivo fundamental alcançar as estimativas de prevalência de hipertensão arterial sugeridos pela Organização Mundial da Saúde.

O trabalho diário em nossa UBS não é suficiente para alcançar as metas da OMS quanto à prevalência de hipertensão arterial. É necessário um trabalho mais dirigido à pesquisa ativa desses pacientes nas comunidades, fazendo ênfase nos grupos de risco mais propensos, diagnosticar e tratar os novos casos e assim evitar mortes precoces e complicações.

Não temos conhecimento sobre trabalhos realizados com a finalidade de encaminhar ao atendimento e assim aumentar o número de pacientes com hipertensão arterial em nossa UBS. Ao que se sabe a atividade médica limitou-se ao atendimento passivo dos casos que chegam ao consultório, de um jeito espontâneo, sendo nossa responsabilidade fazer mudança dessa conduta.

2 PROBLEMA

Existe uma provável e consideravelmente alta taxa de morbidade de Hipertensão Arterial não diagnosticada na nossa Unidade Básica de Saúde.

3 JUSTIFICATIVA

A população maior de 18 anos, pertencente à UBS Bela Vista, e de 2.100 habitantes. O estimado de pacientes hipertensos para essa população seria de aproximadamente 630 pacientes (30 %). Nossa maior suspeita consiste no fato de atendermos uma prevalência de Hipertensão bem abaixo da estimada.

A busca ativa permitiria incrementar os casos a valores perto dos estimados da OMS e o posterior controle desse agravo nos pacientes.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral:

- Determinar a prevalência de Hipertensão arterial da UBS Bela Vista.

4.2 Objetivos específicos:

- Realizar a busca ativa dos casos de hipertensão arterial na população estudada.
- Determinar a incidência de Hipertensão arterial durante o ano 2017.
- Descrever as principais variáveis dos casos novos identificados.

5 REVISÃO DA LITERATURA

“Hipertensão arterial è a condição clinica multifatorial caraterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.” (MALACHIAS, 2016, p. 1). Pode ser classificada segundo sua causa (primaria ou secundaria) e de acordo com os níveis tensionais.

A hipertensão arterial primaria ou essencial representa aproximadamente 95 % dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. A hipertensão arterial secundaria que corresponde a cerca de 5 % dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primaria. (CORREA, 2005, p. 92)

Constitui uma doença muito frequente no mundo, sendo um fator de risco importante para a aparição de outras doenças.

Contribui a carga de cardiopatias, acidentes cerebrovasculares, insuficiência renal e a mortalidade e incapacidade prematura. Afeta desproporcionalmente as populações de países de ingressos baixos e medianos com sistemas de saúde fracos. (OMS, 2013, p. 7)

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69 % dos pacientes com primeiro episodio de IAM, 77 % de AVE, 75 % com IC e 60 % com DAP. A HÁ è responsável por 45 % das mortes cardíacas e 51 % das mortes decorrentes de AVE. (MALACHIAS, 2016, p. 1)

“Hipertensão poucas vezes causa sintomas nas fases iniciais não se diagnosticando” (OMS, 2013, p. 1). Como consequência, os pacientes tardam tempo com a doença sem receber nenhum tratamento e nem sequer chegam saber que sofrem dela. Muitas vezes o diagnostico ocorre quando alguma complicação apresenta-se. “A detecção precoce, o tratamento apropriado e o controle da hipertensão produzem importantes beneficios sanitários e econômicos” (OMS, 2013, p. 1). “No contexto de risco cardiovascular total, a HTA crônica è o principal fator de risco modificável” (LAUZURICA, 2016, p. 2)

“A Hipertensão pode-se prevenir modificando fatores de risco relacionados com o comportamento, como a dieta incorreta, uso nocivo de álcool, ou a inatividade física. O tabagismo pode aumentar o risco de complicações da Hipertensão”. (OMS, 2013, p.1)

“Em 2008, no mundo tinha sido diagnosticado de Hipertensão cerca de 40 % dos adultos com mais de 25 anos; o numero de pessoas afetadas aumentou de 600 milhões em 1980 a 1000 milhões em 2008” (OMS, 2013, p.10).

A OMS (2013) assinala que a maior prevalência de Hipertensão registra-se nos países africanos com um percentual de 46 % e a mais baixa na América com 35 %. “Os resultados do estudo de nutrição e risco cardiovascular na Espanha (ENRICA) mostram que 33% da população espanhola é Hipertensa” (LAUZURICA, 2016, p. 2). “No Brasil, HA atinge 32,5 % (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60 % dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50 % das mortes por doença cardiovascular” (MALACHIAS, 2016, p. 1).

MION (2008) em estudo sobre prevalência de Hipertensão Arterial referida por contato telefônico na cidade de São Paulo informa uma prevalência de 23 %.

PASSOS (2006), em estudo sobre estimativa de prevalência de Hipertensão Arterial com base populacional, resume os resultados de 13 estudos realizados no Brasil a partir de 1990, mostrando diferentes taxas de prevalência em diferentes regiões e a limitação deste tipo de estudo nas regiões Sul e Sudeste do país.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico constitui um serio problema. Ribeiro (2015), num estudo em pacientes hipertensos, acompanhados na estratégia de saúde da família acha uma adesão muito baixa de 22,9 %. Precisa-se realizar uma boa educação do paciente para garantir o cumprimento do tratamento corretamente.

6 MATERIAL E METODO

Trata-se de um estudo transversal que tem como população alvo os pacientes maiores de 18 anos da UBS Bela Vista, município de Agua Azul do Norte, estado do Pará, durante o período de junho-novembro do ano 2017.

Para dar cumprimento ao primeiro objetivo será feita uma busca ativa de pacientes hipertensos na população por parte de agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e medico. No inicio, será feita uma capacitação dirigida aos agentes comunitários de saúde para melhorar seu conhecimento sobre a doença, e a importância do estudo. Os agentes comunitários realizaram um levantamento dos pacientes pertencentes a sua área de atendimento, casa por casa, perguntando se sofrem de pressão alta, tomam ou tomaram remédio para pressão alta em algum momento, anotando os resultados num registro. Os casos notificados serão cotejados com as fichas clinicas existente na UBS para evitar repetições e em caso contrário fazer a mesma e começar o atendimento do paciente. Paralelamente, o medico e enfermeiras durante o atendimento em consulta e visitas a família realizaram duas aferições de pressão ao longo de um ano, a todas as pessoas maiores de 18 anos que não tenham antecedentes de hipertensão. A medição será feita com aparelho de mercúrio calibrado e levando em conta os requisitos estabelecidos e o consentimento dos pacientes. Os resultados serão colocados num registo de dados.

Preparo do paciente:

1. 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.
2. Certificar-se de que o paciente NÃO está com a bexiga cheia; - Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; - Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos; - Fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento: - 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.

4. 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.

Para dar cumprimento ao segundo objetivo, após realizar as medições de pressão, será calculada a Taxa de Incidência (acumulativa) de hipertensão arterial mediante o formula seguinte:

$$Ic = \frac{\text{Número de casos novos detectados}}{\text{Durante um determinado período de tempo}} \times \text{constante}$$

$$\text{Total de indivíduos em risco no início do período}$$

Posteriormente, descrevermos as seguintes variáveis nos casos novos de Hipertensão arterial: idade, sexo, doenças associadas, estado nutricional, hábitos tóxicos. Será usada uma balança digital marca LIDER para tomar as medições de peso e altura.

Operacionalização das variáveis:

Idade: 18-39 anos; 40-59 anos; 60 +.

Sexo: Masculino; Feminino.

Avaliação nutricional: Baixo peso (IMC 18.5 a 24.9)

Peso Normal (IMC 18.5 a 24.9)

Sobrepeso (IMC 25 a 29)

Obeso (IMC 30 +)

O IMC será calculado perla formula: Peso (Kg)

Altura (m²)

Hábitos tóxicos: Tabagismo, Álcool, Droga.

Todas as variáveis serão avaliadas em numero e porcentagem.

Finalmente, será determinada a Prevalência de Hipertensão arterial de nossa população mediante o uso da formula:

$$P = \frac{\text{Numero de indivíduos afetados em um determinado momento}}{\text{Total de indivíduos estudados}} \times \text{constante}$$

7 CRONOGRAMA

Procedimento	Ano 2017						
	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Apresentação do trabalho para equipe de saúde Bela Vista.	X						
Capacitação das Agentes de saúde	X						
Recoleção da informação	X	X	X	X	X	X	
Analises dos resultados e elaboração do informe final							X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho.							X

8 RECURSOS

O projeto utilizara material disponibilizado perla secretaria municipal de saúde do município Agua Azul do Norte.

Item	Nome	Quantidade	Custo (R\$)	Total (R\$)	Órgão pagador
1	Canetas	20	2,00	40,00	SMS
2	Embalagens De Folha	2	12,00	24,00	SMS
3	Esfigmomanómetro De mercúrio	2	50,00	100,00	SMS
4	Estetoscópio	2	30,00	60,00	SMS
5	Balança digital	1	-	-	(Disponível (Na UBS) Privada
6	Computador ASUS	1	-	-	Patrimônio Prefeitura
7	Impressora hp Laserjet	1	-	-	SMS
8	Cartucho de tinta Para impressora	1	50,00	50,00	SMS
9	Medico	1			
10	Enfermagem	1			
11	Tec. Enfermagem	1			
12	Agentes de Saúde	6			
Total				274,00	

9 RESULTADOS ESPERADOS

Ao final de nossa intervenção esperamos determinar a prevalência de Hipertensão Arterial de nossa população e dessa forma, realizar o atendimento contínuo dos pacientes portadores dessa afecção, evitando a aparição de complicações nos mesmos, além de melhorar a cultura sanitária da população promovendo maior participação e interação com a equipe de saúde local.

REFERÊNCIAS

CORREA TD, NAMURA JJ, DA SILVA CA, CASTRO MG, MENEGHINI A, FERREIRA C. Hipertensão arterial sistêmica: atualidade sobre sua epidemiologia diagnóstica e tratamento. Arq Med ABC. 2005; 31(2): 91-101.

LAUZURICA LZ, IZQUIERDO JQ, VINUESA JM, MAS JR. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunitat valenciana. Rev Esp Salud Pública. 2016; 90:1-11.

MALACHIAS MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS, BRANDÃO AA, NEVES MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3 Supl.3):1-83.

MION Jr D, PIERIN A, BENSENOR IM, MARIN JC, ABE COSTA KR, HENRIQUE LF, et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. Arq Bras Cardiol. 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Información general sobre la HIPERTENSION en el mundo. Ginebra: OMS, 2013.

PASSOS VM, ASSIS T, BARRETO SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epid Serv Saúde. 2006; 15(1): 35-45.

RIBEIRO DE SOUZA FF, FREITAS DE ANDRADE KV, NASCIMENTO SOBRINHO CL. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na estratégia de saúde da família. Rev Bras Hipertens. 2015; 22(4): 133-8.

APENDICE A- Formulário de consentimento informado

Titulo: Busca ativa de Hipertensão Arterial na UBS Bela Vista, Agua Azul do Norte.

Autor: Dr. Barbaro Jesus Casales Ensenat.

O atual trabalho de investigação tem como principal objetivo diagnosticar novos casos de Hipertensão Arterial existentes na população que poderiam estar ocultos implicando um elevado risco para os pacientes.

Para sua execução, realizaremos a medição da pressão arterial dos pacientes duas vezes durante um período de seis meses. Sim a pressão ficasse alta, os pacientes receberiam o atendimento por nossa equipe da saúde garantindo seu controle.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: _____

APENDICE B - Modelo para coleta de dados

Nome do paciente:

Data:

Idade: Sexo:

Antecedentes patológicos pessoais:

Hábitos tóxicos: _____ Cigarro _____ Álcool _____ Drogas

Medições de pressão:

1era medição: _____

2da medição: _____

Avaliação nutricional:

Peso: _____ _____ Baixo peso

Estatura: _____ _____ Peso normal

IMC: _____ _____ Sobrepeso

_____ Obeso.

Assinatura do examinador: _____

