



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE**

LUCIANE DO NASCIMENTO BORGES

PORTFÓLIO FINAL

**Rio Branco - AC
2017**

LUCIANE DO NASCIMENTO BORGES

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à UNASUS/USFCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do professor BRUNO BRUNELII.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1- INTRODUÇÃO | 4 |
| 2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO..... | 5 |
| 3- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS | 10 |
| 4- VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO..... | 11 |
| 5- REFLEXÃO CONCLUSIVA | 15 |
| 6- REFERÊNCIAS | 17 |
| 7- ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO(PI)..... | 18 |

1. INTRODUÇÃO

Sou médica participante do Programa Mais Médicos para o Brasil desde agosto de 2016, locada no município de Rio Branco/AC e lotada no Centro de Saúde Gentil Perdomo da Rocha, localizado na periferia desta cidade, aonde respondo pela ESF I (Esperança I). Me graduei em 2012 como médica cirurgiã generalista pela Universidad Autonoma Gabriel Rene Moreno em Santa Cruz de La Sierra, Bolivia.

Somos um município com uma população por volta dos 380.000 habitantes (IBGE 2015), nossa estrutura de saúde municipal está formada atualmente por:

- 5 URAP'S – Unidades de Referência em Atenção Primária
- 7 Centro de Saúdes
- 42 Equipes Básicas (estruturas físicas)
- 69 Equipes de ESF

Minha Unidade de trabalho, o Centro de saúde Gentil Perdomo da Rocha, foi reinaugurado em 2012, localizado em um bairro da periferia, Nova Esperança, as mudanças fizeram parte do Plano de Restruturação Física das Unidades de Saúde de Rio Branco. A mesma foi responsável reformar e reestruturar 6 dos 7 centros existentes na capital, custou mais de R\$404 mil, sendo que R\$384 mil são provenientes do Ministério da Saúde e R\$95.246,76 em recursos do Tesouro Municipal.

A área reformada do Centro de saúde atingiu 325 metros quadrados, beneficia a mais de vinte mil pessoas, está localizada na Regional 5 e é referência para pelo menos dez bairros adjacentes. Após essa reforma, a unidade passou a somar uma área útil de 307,49 m² com os seguintes ambientes: recepção, espera climatizada, farmácia, sala de vacina, sala de curativos, sala de medicação e nebulização, 3 consultórios de enfermagem, 3 consultórios médicos, 1 consultório odontológico, expurgo, sala de esterilização e distribuição de materiais, administração, sala de reuniões, arquivo, almoxarifado, copa para funcionários, sanitários M/F e PNE, sanitários para servidores.

O tema para o portfólio foi: "Pacientes idosos portadores de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus cadastrados e com tratamento continuado na unidade básica de

saúde (UBS) – esperança I”, completando assim o estudo da principal demanda entre a população predominantemente idosa, hipertensa e diabética pela ESF I.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Paciente: Arnaldo da Silva

Idade: 65 anos

Diagnósticos: HAS, dislipidemia e DM tipo 2 não controlada

Solteiro, mora sozinho, com apenas uma irmã, e dois sobrinhos como parentes, funcionário público aposentado, ativo sexualmente, fumante de 5 a 10 cigarros/dia, etilista de fim de semana, alimentação sem restrições, sem prática de atividade física,

O paciente possui diagnóstico de DM2 e HAS há cerca de 30 anos, vêm ao centro de saúde quase que diariamente para tomada de medicação injetável.

Dados da Última consulta 18/08/17: PA 180x100 mmHg

Exames apresentados: Hb glicada 11,3; LDL 350mg/dl; HDL TG 208mg/dl. GLI 366mg/dl

Abordagem terapêutica: Ciprofibrato 100mg/dia, Sinvastatina 80mg/dia, Metformina 850mg/dia 12/12h, Insulina regular 5 UI Manhã/ 5 UI noite Insulina NPH 12 UI manhã/ 5 UI noite, Atenolol 50mg 12/12h.

O paciente não pratica atividade física, não toma regularmente sua medicação e não faz reeducação alimentar. Frequenta a unidade quase que diariamente para medicação principalmente anti-hipertensivos e hipoglicemiantes ingressando quase sempre pelas fichas de urgências. O paciente, Sr Arnaldo, é o típico paciente sem adesão ao tratamento medicamentoso e mudança do estilo de vida, de difícil acesso na relação médico paciente.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Nossa prática diária nos possibilita interagir com várias situações, na atenção primária é comum nos depararmos com pacientes com déficits cognitivos ou mesmo com quadros de demência já estabelecidos, muitos pacientes de idade avançada já apresentam em graus diferentes perda de cognição, confusão de pensamentos dentre outros sintomas e cabe a equipe de saúde fazer um acompanhamento contínuo e preciso a fim de evitar complicações.

A Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization – WHO) estabelece a idade de 65 anos como sendo o início da senescência para os países desenvolvidos e 60, para os em desenvolvimento (CANÇADO, 1994). O processo de envelhecimento da população ocorre em todos os países do mundo. No Brasil, as pessoas com 60 anos ou mais representavam 5% da população total na década de 1940; espera-se que até 2025, essa porcentagem cresça para 14%. Apesar de a taxa média de crescimento da população idosa no Brasil ser menor do que a de países europeus, por exemplo, este cenário já é suficiente para desafiar o país com os mesmos problemas de saúde pública enfrentados na Europa (MONTEIRO; ALVES, 1995).

O próprio processo de senescência é marcado por muitas mudanças no ser humano, entre as quais, as de aspecto neuropsicológicas merecem destaque e refletem mudanças morfológicas de cérebro que, no indivíduo idoso, tem menor volume e menor massa do que de um indivíduo jovem; além disso, alguns giros podem ser mais finos e separados por sulcos mais profundos e abertos, resultando em menor espessura do córtex. Nota-se, também, diminuição no número de células nervosas e das sinapses entre elas. Assim, não é incomum a existência de sintomas como lapsos de memória, dificuldade de raciocínio e locomoção, insônia noturna com sonolência diurna e falta de equilíbrio no idoso; todos estes podendo estar relacionados com a demência (LENT, 2001).

A demência pode ser definida como o comprometimento adquirido da memória associado a prejuízo de uma ou mais funções cognitivas com intensidade suficiente para interferir nos aspectos sociais e laborais do indivíduo. Quanto à etiologia, a demência pode ser primária, ou seja, decorrente de atrofia do tecido cerebral (Alzheimer, demência vascular, demência com corpos de Levy e demência

frontotemporal), sendo estas as mais frequentes, ou secundária a alguma outra doença de base, como SIDA, hipotireoidismo, alcoolismo e deficiência crônica de vitamina B12 (AMB; CFM, 2009).

Sabe-se que a prevalência da demência duplica a cada cinco anos, a partir dos 60 anos, resultando em aumento exponencial com a idade. O estudo adequado da incidência e da prevalência das demências na população, em especial no Brasil, é dificultado pelas variabilidades metodológicas existentes, o que leva a grande variação nos resultados, de acordo com os critérios diagnósticos utilizados (JORM, 1990). Um estudo brasileiro realizado na cidade de Catanduva, no interior de São Paulo, mostrou que a prevalência da doença variou entre 1,6%, nos pacientes com idade entre 65 e 69 anos, a 38,9%, nos pacientes com idade superior a 84 anos (HERRERA; CARAMELLI; NITRINI, 1998).

O diagnóstico da demência exige a presença de comprometimento da memória, muito embora essa função psíquica possa estar relativamente preservada nos estágios iniciais da doença. A avaliação diagnóstica deve abranger, também, a capacidade cognitiva e o desempenho nas atividades sociais normais da vida do indivíduo, o que pode ser feito com testes de rastreio como o rotineiro miniexame do estado mental, complementado com testes mais extensos e detalhados quando houver necessidade. Também é de extrema importância uma história clínica detalhada do paciente, confirmada por familiares ou amigos próximos, ou mesmo pelo cuidador (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

Para o diagnóstico etiológico da demência, lança-se mão de exames laboratoriais e de neuroimagem. Os exames laboratoriais indispensáveis na investigação etiológica de uma síndrome demencial incluem o hemograma, provas de função hepática, tireoidiana e renal, aminotransferases hepáticas, sorologias para HIV e lues e avaliação sérica da cianocobalamina; estes permitem a identificação das principais causas secundárias de demência que, muitas vezes, podem ser completamente revertidas. Os exames de neuroimagem mais adequados consistem na tomografia computadorizada e na ressonância magnética de crânio, as quais podem tanto revelar condições diversas como hematoma subdural crônico e hidrocefalia, como também podem revelar as alterações típicas das causas primárias de demência no encéfalo, como as alterações vasculares da demência vascular e a atrofia cortical da doença de Alzheimer. Apesar disto, muitas vezes estes achados

estão ausentes; neste contexto, o diagnóstico se apoia principalmente na anamnese e no exame do estado mental (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

A causa mais comum de demência é a doença de Alzheimer, podendo corresponder a mais da metade dos casos em pacientes com 65 anos de idade ou mais. Patologicamente, é caracterizada por degeneração da estrutura cerebral que acomete, inicialmente, a área hipocampal e segue com degeneração das áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários; esta evolução fisiopatológica reflete na história natural da doença, que inicia com comprometimento cognitivo-comportamental, porém com preservação das funções motora e sensorial até as fases mais avançadas da doença. Assim, o paciente com doença de Alzheimer geralmente abre o quadro com queixa de perda da memória para fatos recentes, a chamada memória episódica, e desorientação espacial. São sintomas que se instalam de forma insidiosa, porém com piora progressiva. Posteriormente, a doença evolui com afecção da linguagem e das funções executivas; sintomas psicóticos podem aparecer. O diagnóstico clínico será feito com a história clínica compatível e com a exclusão de outras causas para os sintomas apresentados; o diagnóstico definitivo só é possível com o estudo histopatológico do cérebro (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

A demência vascular é a segunda causa mais frequente de demência, sendo responsável por cerca de 10% dos casos e ocorre, evidentemente, na vigência de doença cerebrovascular. Ocorre mais comumente associada aos efeitos de uma extensa lesão tromboembólica (demência por múltiplos infartos), mas também pode ocorrer com lesões únicas em locais específicos, como tálamo, giro angular e núcleo caudado e como consequência de lesões da substância branca, de angiopatia amiloide ou de acidente vascular encefálico hemorrágico. O diagnóstico é baseado em critérios específicos nos quais incluem-se a anamnese, a avaliação neuropsicológica e os exames de neuroimagem, preferencialmente a ressonância magnética devido sua maior sensibilidade na identificação dos infartos lacunares; é necessário que se estabeleça a relação causa-consequência entre o quadro demencial e a presença de doença cerebrovascular. Os fatores considerados de risco para doenças cardiovasculares também são considerados de risco para a demência vascular e incluem a hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

A demência com corpos de Levy responde pela terceira causa mais frequente de demência e indica a ocorrência de um quadro demência com flutuação dos déficits

cognitivos em episódios de minutos ou horas, alucinações visuais detalhadas e sintomas parkinsonianos; destas manifestações, pelo menos duas devem estar presentes para o diagnóstico de demência com corpos de Levy provável (1). Deve-se atentar à possibilidade de quedas no paciente com estes tipo de demência, devido a uma maior frequência de episódios de síncope (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

A demência frontotemporal apresenta um quadro clínico bem mais característico que inclui alterações precoces da personalidade do comportamento e da linguagem, com preservação inicial da memória, o que pode dificulta o diagnóstico no início da apresentação. As alterações do comportamento incluem apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade e sinais de descuido da higiene pessoal, entre outros (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na ESF Esperança I, a qual funciona dentro do posto de saúde Centro de Saúde Gentil Perdomo da Rocha, no município de Rio Branco, no Estado do Acre, Brasil, a visita domiciliar é planejada e realizada uma vez por semana em casos selecionados pela necessidade do usuário dentro da área de abrangência da Unidade de saúde. Constituindo atualmente a equipe pelo médico e o motorista, em prol da comunidade com os objetivos de promover, planejar e resolver os principais problemas da área.

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) permite a possibilidade de desenhar a assistência em saúde básica em todas as suas esferas, seja a promoção, bem como prevenção do processo saúde/doença. Podendo ser *inespecífica*: Saneamento básico; programas de suplementação alimentar; melhoria da habitação e transporte coletivo; ou *específicos* (proteção específico): Vacinação; saúde ocupacional; aconselhamento genético (PORTO, 2009). A equipe multiprofissional, assim, exerce um papel de extrema importância quando se refere as estratégias na resolução e acompanhamento dos pacientes impossibilitados de locomoção, uma vez que, por estarem inseridos no contexto familiar e em contato íntimo com a comunidade a equipe pode atuar de forma plena, contribuindo para um olhar crítico, uma avaliação e um planejamento individualizado para cada caso.

Pela comunidade observam-se vários casos, sendo a maioria pacientes crônicos, idosos em acompanhamento para diabetes descompensada e hipertensão arterial, percebendo, também, idosos acamados por conta de acidente vascular, pé diabético dentre outras comorbidades. Também em destaque tem-se a saúde mental, a qual é assistida e com grande importância nas visitas domiciliares, visto que há escassez no número de profissionais especialistas na área para atender de forma adequada todos os pacientes.

Mediante a diversidade de problemáticas atendidas foi escolhido um caso bem recorrente na atenção primária, o pé diabético. Recentemente em uma visita, foi identificado de família com uma paciente idosa de 65 anos diabética de longa data, superior à 20 anos, acamada resultante de úlcera de grande profundidade em MID, neuropatia motora, e subluxações nas articulações interfalangiana e metatarsal distal do membro desenvolvendo uma Artropatia de Charlot. Após diagnóstico a mesma foi referenciada para o serviço da equipe de cirurgia vascular no Hospital das Clínicas de Rio Branco, passando por desbridamento cirúrgico e terapia antimicrobiana. A equipe

de cirurgia vascular, optou pela manutenção do membro. Feita a contra referência, a paciente passa para o seguimento ambulatorial com consulta domiciliar quando necessário e curativos na unidade aonde somos referência com equipe qualificada especificamente para tal atendimento.

Observa-se que o caso se tratava de um problema que necessitava realmente de uma abordagem ampla da rede de atendimento, sobre a possibilidade de levar o paciente ao Centro de Atenção Especializado, para um atendimento com toda a equipe especializada, incluindo psiquiatra, psicólogos e cirurgiões.

Sendo a paciente diabética descompensada e com um nível socioeconômico reduzido, baixa escolaridade, tem-se dificuldade no entendimento da explicação do autocuidado, fazer-se compreender que ao manter os pés bem cuidados e protegidos, se reduz a incidência de comorbidades graves.

Conscientizar a necessidade de manter-se o controle do diabetes diariamente, visto que tal descompensação resulta em consequências orgânicas, sociais e emocionais que atingem não somente o usuário mas reflete em toda a família. Acarretar sérias complicações e problemas em decorrência das doenças secundárias ao diabetes como neuropatia, nefropatia, cardiopatia, retinopatia dentre várias outras doenças macro e microvasculares (BRASIL, 2013).

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização trouxe múltiplas experiências e sem dúvidas foi um subsídio para meu crescimento pessoal, instituindo uma visão mais ampla da saúde a nível primário. Além disso, a versatilidade dos temas abordados auxiliou a incorporar os conhecimentos pessoais ao que a atenção primária em saúde se propõe a fazer. As experiências trocadas com outros colegas que atuam em outras regiões do Brasil possibilitaram análise das diferenças epidemiológicas e preparação para a realidade regional, além disso, vários temas do cotidiano puderam ser lembrados ou enfatizados com mais claramente, o curso forneceu tal subsídio para buscar melhora dos conhecimentos pessoal-profissional.

Resultando em uma base de consolidação na aquisição de novos saberes, proporcionado pelos casos complexos, os quais focaram na APS e tiveram múltiplas abordagens, de forma interativa e dinâmica vieram ser complementadas pelos fóruns, os quais proporcionaram um ambiente de interação com os colegas, dividindo experiências e sanando dúvidas, o que veio como uma ferramenta de suporte para nossa atuação.

Ademais, o intercâmbio de ideias e pensamentos, possibilitou a vasta troca saberes que excederam a plataforma, englobando o cotidiano da APS. Outro ponto a ser destacado são as modificações na abordagem aos pacientes, visto que o curso foi pautado nesta visão holística, colocada em prática durante o atendimento, melhorando de forma exponencial a relação médico-paciente, na parte técnica os conhecimentos adquiridos foram empregados também na clínica diária melhorando os serviços prestados de uma forma geral.

Foi percebido o melhoramento relação médico-paciente, diminuindo assim a distância entre as partes, o que tem como reflexo uma boa adesão aos planos terapêuticos implementados, por exemplo: Os pacientes quando se sentem bem acolhidos e atendidos, respondem de forma satisfatória as condutas sugeridas e essa aproximação possibilita entender melhor as dificuldades sentidas pela população, ajudando de forma mais dinâmica aos que fazem parte do processo.

Ademais, a atuação na APS que engloba temas multidimensionais desde doenças crônicas até situações de vulnerabilidade econômica, social, psicológicas,

dentre outras, foi enriquecida pelo conteúdo pragmático do curso, possibilitando a troca de saberes, acrescentando de forma inovadora um novo fazer na prática clínica, com raciocínios mais dinâmicos e visão mais humanizada, evitando desperdício de recursos, como possibilitando o excelente aproveitamento dos materiais disponíveis. Além de diminuir a oneração dos cofres públicos, propicia melhoramento na aplicação dos recursos, visto que a APS é a linha de frente e a principal porta de entrada aos serviços de saúde. Atualizar constantemente os profissionais só melhora a forma de organizar e gerir os recursos destinados a Atenção Básica.

Os ganhos pessoais foram ímpares, o leque de conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso serve de subsídios para a prática diária, a integração com a equipe de saúde aprimorou a troca de experiência no âmbito multiprofissional em prol dos pacientes, a ferramenta de suporte na resolução de muitos casos, a educação continuada com a presença do fórum entre outros colegas também participantes do curso de especialização, proporcionou a autorreflexão e uma busca constante por atendimentos cada vez melhores.

As temáticas abordadas, muito pertinentes, com os casos expostos e trabalhados similares aos encontrados na rotina diária, assim corroborando com a aplicação prática dos conhecimentos teóricos expostos na plataforma virtual. O reflexo é a tomada de decisão mais racional conduzida pelo conteúdo específico e direcionado, como os casos clínicos voltados para realidade individual de cada região consolida o conhecimento adquirido.

Por fim, o curso proporcionou aos profissionais envolvidos o aprimoramento da atuação, reciclando e adicionando novos saberes refletindo positivamente no atendimento diário, melhoramento do desempenho com raciocínio clínico enxuto e coeso na elaboração e aplicação de planos terapêuticos centrado na pessoa, e proporcionando qualidade de vida os assistidos e nas relações laborais.

6. REFERÊNCIAS

AMB; CFM. Projeto Diretrizes – Demência do Idoso: diagnóstico na atenção primária em saúde, 2009.

Brasil. In: *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1995. p. 65-78.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T.; Como diagnosticar a quatro causas mais frequentes de demência? *Rev Brasileira de Psiquiatria* – 2002; 24: 7-10.

CANÇADO, F. A. X. *Noções práticas de geriatria*. Belo Horizonte. Coopmed, 1994, 419p.

HERRERA, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI R. Estudo Epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Pualo, Brasil. *Ver. Psiquiatria Clínica* – 1998; 25: 70-3.

JORM, A. F. *Epidemiology of Alzheimer´s Disease and related disorders*. London: Chapman and Hill, 1990.

MONTERO, M. G. F.; ALVES, M . I. C. Aspectos de mográficos da população idosa no LENT, R. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociências*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001, 698p.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Ver Neurociências* – 2010; 18: 220-226.

Anexo 1: Projeto de intervenção



PROJETO DE INTERVENÇÃO

**PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
CADASTRADOS E COM TRATAMENTO CONTINUADO NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE (UBS) – ESPERANÇA I**

Luciane do Nascimento Borges Moreto

Rio Branco/AC, fevereiro de 2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3 REVISÃO DE LITERATURA

4 MÉTODOS

4.1 PESQUISA

5 CRONOGRAMA

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

6.2 RECURSOS MATERIAIS

7 RESULTADOS ESPERADOS

8 REFERENCIAS

9 ANEXOS

Resumo

Introdução: Este trabalho foi elaborado com base em dados definidos e coletados na Unidade Básica de Saúde Gentil Perdomo da Rocha, ESF Esperança I, localizada na periferia de Rio Branco/Acre, a qual tem como principal demanda uma população predominantemente idosa e hipertensa.

A hipertensão arterial mais comumente conhecida como pressão alta, é uma das doenças mais frequentes em todo o planeta. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um em cada cinco brasileiros é portador deste distúrbio. Sabe-se que a doença é mais comum em pessoas com idade superior a 50 anos sendo 75% a partir dos 70 anos, mas dados comprovam que não existe idade para seu início, porém alguns fatores podem favorecer a incidência da doença. Este estudo tem como foco principal a adesão do indivíduo portador de hipertensão arterial ao tratamento e acompanhamento em Unidade Básica de Saúde (UBS). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, não experimental e transversal. Os dados utilizados são oriundos de prontuários nos arquivos do Centro de Saúde dos pacientes hipertensos atendidos e cadastrados na Hiperdia da área de cobertura que não tenham abandonado o tratamento nos últimos seis meses (agosto/16 a janeiro/2017).

Resultados – Dos 1583 indivíduos cadastrados na área de abrangência da ESF Esperança I, 254 são cadastrados na Hiperdia da Unidade, 62 tiveram adesão ao tratamento, porém destes, apenas 22 continuam sendo acompanhados regularmente. Identificou-se que a maioria dos casos, de hipertensão arterial foi detectada em consultas médicas de rotina. Entre as principais causas apontadas pelos pacientes estão as relações familiares e interpessoais, bem como alimentação inadequada e sedentarismo como causadores da alteração dos valores de pressão. A grande maioria de nossos usuários mudaram seu tratamento para os planos ou convênios e clínicas médicas populares de saúde privadas, inclusive utilizam os medicamentos da rede privada e não os distribuídos gratuitamente pelo SUS. A maioria de 90% faz uso regular de medicação. **Conclusão** – ...

Palavras-chave: Hipertensão/adesão e controle; Hipertensão/terapia; Hipertensão/acompanhamento.

1. INTRODUÇÃO

A prevalência da HAS no Brasil é, na população adulta, em torno de **35%**, segundo estudos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos. Esse valor é proporcional a idade, chegando à cerca de **75% na população acima de 70 anos**. Antes da menopausa, as mulheres apresentam uma prevalência menor de HAS que os homens, relação que pode se inverter após a menopausa, sugerindo um efeito protetor do estrogênio. Atualmente existe um aumento importante da prevalência de HAS nas crianças e adolescentes, impulsionada pela obesidade e alteração de hábitos de vida (sedentarismo, e tipos de alimentação). A raça também parece ser um fator determinante: a HAS é mais comum e mais grave em negros do que em brancos.

A Hipertensão Arterial (HAS), mais popularmente conhecida como “pressão alta” é definida como uma entidade clínica na qual o indivíduo apresenta níveis médios de pressão que conferem um significativo aumento do risco de eventos cardiovasculares, a curto ou longo prazo, **justificando uma programação terapêutica adequada**. (Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006 (Cadernos de Atenção Básica, 16 - Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Pela natureza assintomática da doença, grande parte da população hipertensa não é diagnosticada até apresentar o seu primeiro episódio descompensatório ou cardiovascular (como por exemplo AVE Isquêmico). Isso demonstra a natureza traiçoeira da doença e a transforma em um grande problema de saúde pública – talvez um dos maiores da atualidade. (Clínica médica: Consulta rápida/ Organizadores, Stephen Doral Stefani, Elvino Barros, - 4 ed. Porto Alegre: Arquimed, 2013)

Este trabalho observou que dos 1583 indivíduos cadastrados (atualização fev/2017) na área de abrangência da ESF Esperança I, 254 são cadastrados na Hipertensão da Unidade, 62 tiveram adesão ao tratamento, porém destes, apenas 22 continuam sendo acompanhados regularmente. Identificou-se que a maioria dos casos, de hipertensão arterial foi detectada em consultas médicas de rotina. Entre as

principais causas apontadas pelos pacientes estão as relações familiares e interpessoais, bem como alimentação inadequada e sedentarismo como causadores da alteração dos valores de pressão. A grande maioria de nossos usuários mudaram seu tratamento para os planos ou convênios e clínicas médicas populares de saúde privadas, inclusive utilizam os medicamentos da rede privada e não os distribuídos gratuitamente pelo SUS. A maioria de 90% faz uso regular de medicação.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Este estudo tem como objetivo a adesão do indivíduo portador de hipertensão arterial ao tratamento e acompanhamento continuado na Unidade Básica de Saúde (UBS) – ESF Esperança I.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantar junto aos prontuários e através da busca ativa os possíveis motivos da adesão dos pacientes hipertensos idosos ao tratamento e acompanhamento regular na unidade de saúde.
- Identificar as razões para a não continuidade e abandono do tratamento ambulatorial da grande dos usuários maioria diagnosticada e cadastrada pela Hiperdia.

3. REVISÃO DA LITERATURA

- *Definição* – Hipertensão arterial (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizados por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA).

A partir de que níveis de PA devemos rotular o paciente como hipertenso??
Pacientes com valores de PA (aferidos em duas ou mais consultas) maiores ou iguais a **140 x 90 mmHg** são considerados hipertensos. Embora diversos estudos não

demonstrados que o risco de eventos cardiovasculares começa a subir desde níveis mais baixos (como 115 x 75 mmHg), somente os indivíduos com cifras tensionais semelhantes ou superiores a 140 x 90 mmHg beneficiam-se do tratamento anti-hipertensivo.

Estadiamento da PA: A VI Diretriz Brasileira de HAS define o seguinte Estadiamento: Para estadiar o paciente, caso a PA sistólica esteja em uma categoria diferente da PA diastólica, vale o que for maior, exemplo:

PA= 190 x 80 mmHg => estágio 3 (Quadro 1).

- *Etiopatogenia* – A HAS primária, isto é, aquela que não apresenta causas específicas conhecidas, é responsável por mais de 95% dos casos encontrados na Unidade de saúde fonte deste estudo. Principais fatores de risco conhecidos para seu desenvolvimento estão no quadro 1.
- *Quadro clínico* - A HAS primária é uma condição primordialmente assintomática na maioria dos casos.
- *Diagnóstico* - Deve-se levar em mente que o diagnóstico confirmado de HAS indica uma enfermidade crônica, com repercussões clínicas e necessidade de tratamento de acordo com a situação individual de cada paciente. Devido a variabilidade fisiológica da PA, é preciso mediar a média e vários valores aferidos, em diferentes situações e momentos, para estabelecer o comportamento da PA de cada usuário e dizer se ele é ou não hipertenso. Para isso, várias consultas são necessárias, a não ser que a PA om valores >180 x 110 mmHg, os quais já inferem um diagnóstico. Como a grande maioria dos hipertensos possuem níveis pressóricos inferiores a esse valor, o diagnóstico precisa de várias aferições. (Quadro 2).

Com relação aos exames complementares, devemos ter uma avaliação laboratorial básica de todos os pacientes. Exames adicionais podem ser solicitados, dependendo da situação individual de cada usuário. (Quadro 3 e 4).

- *Tratamento* – A decisão terapêutica no manejo da HAS deve ser baseada no risco cardiovascular, considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em

órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível e PA.

- Tratamento medicamentoso – em paciente com mais de 65 anos, o uso de betabloqueadores é desaconselhável devido à sua menor eficácia nessa faixa etária. Diuréticos tiazídicos são a 1ª escolha para a maioria dos pacientes:
 - a) Maior redução dos efeitos cardiovasculares, mesmo em pacientes com diabetes.
 - b) O discreto efeito sobre a elevação da glicemia e lipídeos com esses fármacos é excedido por sua maior redução de eventos cardiovasculares.
 - c) A clortalidona é preferível à hidroclorotiazida entre os tiazídicos devido a sua maior meia-vida e eficácia no tratamento das PA nos estágios 2 e 3.

4 METODOS

Trata-se de uma pesquisa/estudo descritivo, quantitativo, não experimental e transversal. Os dados utilizados são oriundos de prontuários nos arquivos do Centro de Saúde dos pacientes hipertensos atendidos e cadastrados na Hiperdia da área de cobertura que não tenham abandonado o tratamento nos últimos seis meses (agosto/16 a janeiro/2017).

4.1 Pesquisa

A **pesquisa quantitativa**, como o próprio nome já diz, quantifica resultados, avalia as opiniões extraídas de forma numérica com perguntas e dados muito objetivos.

Fontes de pesquisa

Os dados utilizados são oriundos de prontuários nos arquivos do Centro de Saúde dos pacientes hipertensos atendidos e cadastrados na Hiperdia da área de

cobertura que não tenham abandonado o tratamento nos últimos seis meses (agosto/16 a janeiro/2017).

Local de pesquisa

Foi realizado em Centro de Saúde Gentil Perdomo da Rocha, localizado na periferia de Rio Branco/Acre. Na área de abrangência da ESF Esperança I estão cadastrados 1.583 pacientes, 254 são cadastrados na Hiperdia da Unidade.

População

Dos 1583 indivíduos cadastrados na área de abrangência da ESF Esperança I, 254 são cadastrados na Hiperdia da Unidade, 62 tiveram adesão ao tratamento, porém destes, apenas 22 continuam sendo acompanhados regularmente no período do estudo.

Critérios de inclusão

Pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 50 anos que não abandonaram o tratamento entre agosto/16 e janeiro/2017.

Critérios de exclusão

Usuários que abandonaram o tratamento há mais de seis meses (período do estudo), idade inferior a 50 anos e que não concordaram em participar da pesquisa.

5 – CRONOGRAMA

| Procedimento | Fevereiro | Março | Maior | Junho |
|---|-----------|-------|-------|-------|
| Busca das informações no sistema de informação do CSGP, separando por área de vigilância – ESF I. | X | x | | |
| Organizar critérios de inclusão/exclusão | X | X | | |
| Realizar o levantamento de pacientes pelos ACS | X | X | x | |
| Avaliar pacientes elegíveis e em acompanhamento | X | X | x | |
| Análise dos resultados | | | X | X |
| Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho | | | X | X |

6 – RECURSOS NECESSÁRIOS

- Computador;
- Prontuários e Fichas de Acompanhamento de Domiciliar;
- Folha A4;
- Impressora;
- Cadernos de Atenção Básica, manuais e protocolos em HAS.

7 – RESULTADOS ESPERADOS

Ao final deste estudo espera-se identificar os fatores de adesão do indivíduo portador de hipertensão arterial ao tratamento e acompanhamento continuado na Unidade Básica de Saúde (UBS) – ESF Esperança I.

Identificar as razões para a não continuidade e abandono do tratamento ambulatorial da grande parte dos usuários diagnosticados e cadastrados pela Hiperdia.

8 – REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006 (Cadernos de Atenção Básica, 16 - Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia/ VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão.

Clínica médica: Consulta rápida/ Organizadores, Stephen Doral Stefani, Elvino Barros, - 4 ed. Porto Alegre: Arquimed, 2013

Medicina ambulatorial: condutas da atenção primária baseadas em evidências/ Organizadores, Bruce B., Duncan...(et.al.) 4ed. – Porto Alegre: Arquimed.2013.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9 ANEXOS

Quadro 1 – Estadiamento da PA, VI Diretriz Brasileira de HAS

| Classificação da PA > 18 anos | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Classificação | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
| Ótima | <120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Limítrofe | 130-139 | 85-89 |
| HAS estagio 1 | 140-159 | 90-99 |
| HAS estagio 2 | 160-179 | 100-109 |
| HAS estagio 3 | ≥ 180 | ≥ 110 |
| H Sistólica Isolada | ≥ 140 | <90 |

Quadro 2 – Critérios para diagnóstico de PA

| Critérios Diagnósticos de HA |
|--|
| PA no consultório: média entre duas medidas de PA, em pelo menos duas consultas, com níveis iguais ou maiores que 140 x 90 mmHg . |
| Monitoração residencial (MRPA): media de varias aferições e PA maiores que 130 x 85 mmHg , feitas corretamente por um aparelho devidamente calibrado. |
| Monitoração Ambulatorial (MAPA): media das aferições automáticas. Durante o período de vigília, com valores maiores que 130 x 85 mmHg ; PA de 24 hs com valores maiores que 125 x 75 mmHg e PA no sono com valores maiores que 110 x 70 mmHg . |

Quadro 3 e 4 – Exames rotina e complementares no diagnóstico de PA

| Avaliação inicial de rotina para pacientes Hipertensos |
|---|
| EAS, urina tipo 1 |
| Potássio plasmático |
| Creatinina plasmática, taxa de filtração glomerular |
| Glicemia em jejum |
| Colesterol total, HDL, triglicerídeos |
| Ácido úrico |
| ECG |

| Exames adicionais em função da características individuais de do paciente |
|--|
| Rx de tórax |
| Ecocardiograma |
| Microalbuminúria |
| USG-Doppler de carótida |
| Teste ergométrico |
| Hemoglobina glicada |