



Euvel Sarmiento Isla

**INTERVINDO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS**

Poço das Antas - RS

2018



Euvel Sarmiento Isla

**INTERVINDO NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ivone Andreatta Menegolla

Poço das Antas – RS

2018

Sumário

1. INTRODUÇÃO	04
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
2.1 RELATO DE CASO	06
2.2 DISCUSSÃO	09
2.3 CONCLUSÃO.....	11
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	12
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	16
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	18
6. REFERÊNCIAS	20
7. ANEXO	21

1. INTRODUÇÃO

Eu, Euvel Sarmiento Isla, de 39 anos, nasci em 4 de fevereiro do ano 1978, na República de Cuba, província Holguín, município Banes. Desde adolescente me interessei pela Biologia, ciência formosa que cativou meus interesses. Mais tarde, durante o pré-universitário decidi optar por estudar Medicina. Atingindo isso e com muito esforço cheguei a cumprir esse alvo no ano 2002. Desde 2007, sou especialista em Medicina Geral Integral. Tenho experiência internacional na Venezuela onde trabalhei como médico realizando Endoscopia Digestiva Alta durante quase 3 anos. Hoje em dia a Medicina é muito importante para mim e é por isso que ofereço atenção médica no Brasil graças ao programa mais médicos.

Trabalho desde o mês de fevereiro do ano 2017 na UBS do município Poço das Antas, criado pela lei nº 8.630 de 12 de maio de 1988, desmembrando-se de Salvador do Sul e localizado no vale de Taquari. Está composto por 2108 pessoas, maioria descendentes de alemães, com a cultura típica desta região do Sul do país. Sobressaem a elaboração de carvão e pequenas produções agrícolas, sua pecuária com a presença de vários aviários na região, mas a maior fonte de ingressos é o frigorífico de suínos “Languiru” construído há poucos anos. O município está constituído pela área rural, composta pela Linha Goelzemberg, Linha Fritzenberg, Morro Schnons, Santa Inês, Cafundó, Paris Baixo, Picada Barulho, Picada Forneck e 2 perímetros urbanos: Bairro Centro e Boa Vista. Possui 1 escola municipal e 2 escolas estaduais. O Centro Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental Poçoantense atende mais de 230 crianças de quatro meses a onze anos de idade. O Ensino Fundamental também é oferecido em mais duas escolas: a Escola Estadual de Ensino Fundamental Valentim Schneider, situada na Boa Vista, e a Escola Estadual de Ensino Médio Poço das Antas, situada no Bairro Centro.

A UBS da qual faço parte está conformada por 3 consultórios médicos, consultório odontológico, consultório de nutrição, 2 salas de enfermagem, sala de curativos/procedimentos, sala de observação, sala de esterilização de materiais, sala de vacina, sala de arquivo e recepção, farmácia, 2 salas de espera, almoxarifado, copa/cozinha, sala de utilidades e 3 banheiros. Nela trabalham 2 médicos, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 2 farmacêuticas e 2 auxiliares administrativos.

Também temos profissionais credenciados na área de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, ginecologia, pediatria e nutrição, os quais prestam seus serviços na UBS.

Apesar de ser um município pequeno é uma localidade com alta demanda de atendimentos, sua população é envelhecida com bastante prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus as duas doenças mais significativas.

A escolha do Projeto de Intervenção (Anexo 1) se deveu a percepção de que na UBS Poço das Antas os pacientes hipertensos e diabéticos apresentam dificuldades para compreender a sua doença e pouco aderem as mudanças de estilo de vida. O desconhecimento dos fatores de risco e sua influência na saúde das pessoas são evidenciados durante as consultas médicas e de enfermagem. O tratamento tem para eles um enfoque terapêutico e não implica em mudar estilos de vidas necessários para prevenir complicações, também muitos ao retornar vêm com complicações próprias destas duas doenças e o acompanhamento vê-se dificultado pelo não retorno às consultas, o que tem influenciado na adesão ao tratamento da população hipertensa e diabética. O principal objetivo deste Projeto de Intervenção é favorecer a adesão ao tratamento, às consultas de retorno, e mudanças no modo de perceber a doença que ajudarão no futuro a diminuir ou retardar as complicações.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença crônica não transmissível, é um dos motivos mais frequentes de consulta na UBS Poço das Antas. (SIAB, 2017) Nossos pacientes muitas vezes nem imaginam como ela silenciosamente pode causar dano crônico ao seu sistema cardiovascular. Como relata a literatura podem ser atingidos os vasos sanguíneos arteriais, principalmente do coração ou ele propriamente, do cérebro, rins, retina e artérias dos membros. Em torno de 95 % dos pacientes com HAS devem-se a causas primárias ou idiopáticas e o restante a causas secundárias. Existem causas de HAS secundárias que os médicos de família e comunidade devem conhecer para descartar quando necessário em seus pacientes. (BELLIDO et al., 2003)

A Hipertensão Arterial Resistente (HAR) é conceituada como a PA não controlada independentemente do uso de três ou mais anti-hipertensivos em doses apropriadas, incorporando-se prioritariamente um diurético, ou em uso de quatro ou mais medicamentos com avaliação pressórica. Por não incluir a comprovação metódica do tratamento e da aderência, essa circunstância é melhor definida como HAR aparente (pseudorresistencia). A constatação da HAR veraz é fundamental para instaurar abordagens individualizadoras. Investigações populacionais calculam prevalência em 12% da população hipertensa. No Brasil, a investigação ReHOT está analisando a prevalência e seleção terapêutica. A hipertensão refratária é definida como a PA não controlada sob o uso de cinco ou mais anti-hipertensivos e equivale a 3,6% dos hipertensos resistentes. Para o diagnóstico de HAR é necessária medida ambulatorial de PA e comprovação frequente de aderência ao tratamento. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

2.1 Relato de caso

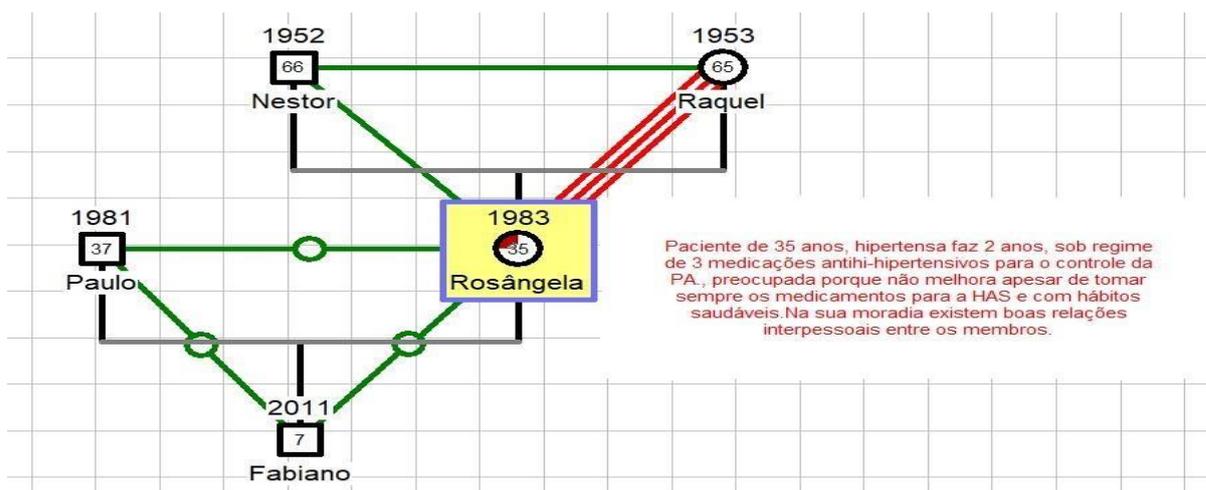
R.I.R, mulher jovem de 35 anos, da raça branca, única filha, casada. Mora na casa dos seus pais há meio ano, em Poço das Antas. O pai tem 66 anos, sua mãe 65 anos, seu esposo 37 anos e só tem um filho de 7 anos como descendência. Anteriormente morava em um bairro da periferia de São Paulo. Em sua casa existem boas relações entre todos os membros. Ela e seu esposo trabalham em uma floricultura. Ela foi saudável até os 33 anos e nessa época foi diagnosticada com

Hipertensão Arterial. Em sua história de doença constava que estava em tratamento medicamentoso com três medicamentos anti-hipertensivos para o controle de sua PA e sem antecedentes familiares de HAS. Vai a consulta agendada em nossa UBS pela primeira vez no mês de setembro de 2017. Diz que está muito preocupada porque não está vendo nenhuma melhoria em sua saúde. Na consulta é confirmada a adesão a seu tratamento, relatando não esquecer de tomar nenhum fármaco. Em uso até esse momento: Espironolactona 25 mg: 2 comprimidos ao dia, Succinato de Metoprolol 50 mg: 1 comprimido ao dia e Minipress SR 4 mg (cloridrato de prazosina, liberação prolongada): 1 comprimido ao dia. Na anamnese relata que quando foi diagnosticada, ao início seu tratamento foi outro (Enalapril 10 mg: 1 comprimido de 12/12 horas mais hidroclorotiazida 25 mg: 1 comprimido ao dia), mas devido aos desequilíbrios em seus níveis de PA com bastante frequência, seu tratamento mudou. Só tomou essas medicações nos primeiros 9 -12 meses de ser hipertensa sem conseguir os valores de PA desejadas, mesmo fazendo mudanças alimentares. Numa ocasião faz 1 ano esteve internada devido a um quadro de dor abdominal, onde foram feitos vários exames e foi detectado que o potássio estava diminuído. Por causa do anterior foi mudado o tratamento anti-hipertensivo para o diurético Espironolactona e adicionado suplementos de potássio ao tratamento, cápsula de 500 mg: 1 cáp. ao dia. Há 6 meses foi encaminhada para o Cardiologista devido a palpitações. Nessa consulta foi avaliada, encontrando-se Hipertrofia Ventricular Esquerda (HVE) leve e foi colocado tratamento com Metoprolol. Tinha exames laboratoriais de rotina feitos há 3 meses: Hemograma Completo e EQU normais, VSG: 10 mm, Glicemia em jejum: 86 mg/dl, creatinina: 0,84 mg/dl, ácido úrico: 4,60 mg/dl, Uréia: 34 mg/dl, Colesterol total: 140 mg/dl, Colesterol HDL: 51 mg/dl, Colesterol LDL: 65 mg/dl, Triglicerídeos: 118 mg/dl, TGP: 13 U/l, TGO: 16 U/l, GGT: 18 U/l, TSH: 2,60 µUI/ml, T4 livre: 0,85 ng/dl, Sódio: 137 mEq/l, Potássio: 4,00 mEq/l, Cálcio: 8,50 mg/dl. Tinha realizado além disso, ecografia renal e eco doppler de artérias renais, ambos normais, para assim descartar hipertensão renovascular, também tinha feito Rx de Tórax e ecocardiograma transtorácico que mostravam a HVE leve e por último uma Tomografia Computadorizada (TC) com contraste de abdômen 1 ano atrás, onde não foi encontrada lesão abdominal.

Ao exame físico da paciente na consulta: Peso: 64 kg, Altura: 162 cm, IMC: 24.38, BEG, consciente, orientada, hidratada, normocorada, ativa, acianótica,

anicterica, afebril, ritmo duplo regular sem sopro, bulhas normofonéticas, FC: 78 BPM, PA:150/105 mmhg, FR: 20 RPM, Murmúrio Vesicular presente globalmente sem ruídos adventícios, Abdome plano, RHA+, normotenso, indolor a palpação, ausência de visceromegalias, ausência de linfonodos palpáveis, sem sopros abdominais, sem alterações a palpação da tireoide, membros inferiores: ausência de edema, ausência de sinais de insuficiência venosa, pulsos presentes e palpáveis bilateralmente, ausência de ulcerações, pele trófica, sem cianose nos pés, unhas em bom estado, sem lesões interdigitais, sensibilidade tátil, térmica e vibratória preservada.

Diante de uma paciente assim, sem achados ao exame físico, a exceção dos níveis de HAS e HVE em indivíduo jovem, os dados à anamnese, familiares sem HAS, HAS resistente ao tratamento sob regime de 3 fármacos anti-hipertensivos, decidi solicitar exame de aldosterona plasmática nessa consulta. A paciente retornou em 2 semanas com o resultado do exame, 28,9 ng/dl. Este valor chamou minha atenção pois tinha a paciente uma TC com contraste de Abdômen normal, mas apesar disso aumentou a suspeita que a paciente tivesse um Hiperaldosteronismo Primário. Então tomei a decisão de fazer encaminhamento para Endocrinologia. Já em consulta com endocrinologista, esta repete o exame de Aldosterona plasmática com valor de 26,8 ng/dl e é internada onde é confirmado através do aumento na relação aldosterona plasmática (ng/dl) /atividade de renina plasmática (ng/ml/h) (RAR), exame que deve ser usado para detectar casos de HP. De acordo com as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o achado de $RAR \geq 30$ com aldosterona sérica > 15 ng/dl é sugestivo de HP, necessitando de prosseguimento na investigação. A confirmação do caso foi feita com a medida da aldosterona plasmática após aporte oral ou infusão de sódio. Foi feita uma nova TC de abdômen, a qual evidenciou lesão nodular única na glândula adrenal esquerda de 1,4 cm, com espessamento medial e sem lesão evidente na glândula adrenal direita, o que confirmou um HP por adenoma suprarrenal produtor de aldosterona (síndrome de Conn). Semanas mais tarde foi programada a cirurgia da lesão suprarrenal com uma evolução satisfatória do caso clínico e suspensão da medicação anti-hipertensiva posteriormente. Hoje em dia a paciente encontra-se em acompanhamento pela equipe de saúde e tem mantido valores tensionais normais, sem necessidade de medicações e nos agradece o que foi feito para com ela para chegar ao diagnóstico e solução definitiva de seu problema de saúde.



Fonte: Genograma

2.2. Discussão

Nesta paciente jovem, que consulta com uma hipertensão arterial resistente e hipocalemia deve ser estabelecido se houver, uma causa secundária de hipertensão arterial. Deve-se ser descartada a origem renovascular e depois, a causa endócrina mais comum de hipertensão secundária deve ser avaliada: o Hiperaldosteronismo primário. O Hiperaldosteronismo primário deve ser suspeitado em um paciente jovem, com pressão arterial elevada, que não é controlada por três classes de drogas anti-hipertensivas, incluindo uma hipocalemia diurética e de desenvolvimento espontâneo. Estima-se que a metade dos pacientes com adenoma produtor de aldosterona e mais de 15% com Hiperaldosteronismo idiopático tenha valores de potássio inferiores a 3,5 mEq/l. Portanto, deve-se ter em conta que a descoberta de níveis normais de potássio não deve excluir a presença de Hiperaldosteronismo primário devido a um adenoma e especialmente a hiperplasia adrenal bilateral, que é a causa mais freqüente em pacientes diagnosticados com esta condição clínica. (CAPELETTI J.T. et. al, 2009). Para a triagem do HP, o teste mais utilizado é o índice de aldosterona / renina. A medida da renina pode ser realizada em atividade (ng/ml/h) ou em concentração (ng/l) e, com base nisso, serão utilizados diferentes pontos de corte da relação (de 20 a 30 ng/dl / ng/ml/h usando a atividade ou de 3,8 - 5,7 ng/dl / ng/l usando a concentração), desde que o valor da aldosterona seja pelo menos 15 ng/dl. Para uma avaliação correta da relação aldosterona / renina não se deve esquecer todos os fatores que condicionarão os resultados, como: medicamentos anti-hipertensivos, teor de sódio da dieta, concentração de potássio, tempo de colheita e posição que o paciente tem

durante o mesmo. (FARDELLA, 2008). A chave para avançar no estudo desta entidade é que a renina fique baixa, idealmente suprimida, com um nível de aldosterona mesmo normal/alto e que a proporção de aldosterona/renina fique alta. No caso deste paciente, foi obrigatório suspender a administração de espironolactona por seis semanas antes do teste e os betabloqueadores duas semanas antes do estudo, segundo relatou a Endocrinologista. O descobrimento de níveis elevados de aldosterona com diminuição da Atividade de Renina Plasmática (ARP) e razão aldosterona/renina alta colocados no contexto de um paciente jovem com hipertensão, sugere a existência de um Hiperaldosteronismo primário que deve ser confirmado com qualquer evidência para demonstrar a autonomia da secreção de aldosterona. Existem quatro tipos de testes confirmatórios: sobrecarga oral de sódio, sobrecarga intravenosa de sódio, supressão com Fludrocortisona e supressão com Captopril. (CAPELETTI J.T. et. al, 2009). Durante a internação a paciente sofreu um teste de sobrecarga intravenosa de 2 litros de solução salina durante 4 horas, avaliando a concentração da aldosterona pós-infusão que foi alta (> 15 ng/dl), o que confirmou o diagnóstico de HP. Uma vez que o diagnóstico bioquímico do Hiperaldosteronismo foi confirmado, o diagnóstico etiológico deve ser estabelecido, sendo a TC abdominal a prova de escolha, centrada nas glândulas suprarrenais, para determinar a origem unilateral ou bilateral da doença. No caso de encontrar uma lesão única, maior que 1 cm, em um paciente com menos de 40 anos de idade, é justificado realizar a adrenalectomia do lado comprometido sem a necessidade de novos testes de diagnóstico. Nos casos em que os testes de imagem não são determinantes e há uma alta suspeita de adenoma adrenal em um paciente candidato a cirurgia, o cateterismo das veias adrenais deve ser feito para determinar a localização da secreção de aldosterona. Os resultados desses estudos determinarão o tipo de tratamento cirúrgico no caso do adenoma e médico no caso da hiperplasia adrenal bilateral. (CAPELETTI J.T. et. al, 2009). Quanto aos testes de imagem, a primeira tomografia computadorizada abdominal que foi realizada no paciente, não detectou claramente qualquer lesão nodular nas glândulas adrenais, de modo que a espironolactona foi adicionada ao tratamento usual do paciente. No entanto, a falta de resposta clínica à incorporação deste fármaco, a presença de hipocalcemia espontânea e a idade de apresentação precoce aumentaram a suspeita de ter um adenoma adrenal, e já estando internada a segunda tomografia computadorizada abdominal confirmou a existência de uma lesão de 1,4 cm em uma das glândulas suprarrenais.

Neste caso, sendo uma mulher jovem (<40 anos) com HP confirmado e uma lesão hipodensa solitária na glândula adrenal direita superior a 1 cm, uma adrenalectomia da glândula afetada poderia ter sido feita diretamente, mas foi decidido completar o estudo com um teste de ambulatório em que os valores basais de aldosterona de 25 ng/dl foram documentados e às 4 horas após a ambulatório de 16,8 ng/dl, o que apoiou o diagnóstico etiológico do adenoma adrenal e, portanto, foi submetida a uma cirurgia dessa glândula. Durante o acompanhamento do paciente, deve-se avaliar a evolução da hipocalcemia e o controle da HAS, bem como a HVE apresentada por este paciente. Descreve-se que a morbimortalidade cardiovascular de pacientes com HP aumenta em relação à de outros pacientes com hipertensão arterial de outras etiologias. No entanto, se o dano não persistiu por muitos anos, esta situação pode ser revertida após a adrenalectomia, em 30-70% dos casos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016) Durante o curso da doença, na paciente, desapareceu a hipocalcemia e todos os fármacos anti-hipertensivos foram eliminados um mês após a cirurgia, mantendo a pressão arterial normal durante todo este tempo de acompanhamento.

2.3 Conclusão

A prevalência de HP em pacientes hipertensos é significativa e deve ser levada em consideração, dada a possibilidade de curar ou, pelo menos, a redução das necessidades anti-hipertensivas e o bom controle dos níveis da pressão arterial. A abordagem diagnóstica do HP envolve várias fases que começam com a determinação da proporção de aldosterona / renina, que é o teste mais utilizado para triagem, sendo essencial uma padronização de condições pré-analíticas (dieta, níveis de potássio, postura, drogas etc.) para poder fazer uma interpretação adequada dos resultados. Uma proporção elevada de aldosterona / renina requer testes confirmatórios que, se positivos, envolverão o diagnóstico do subtipo e localização, necessários para estabelecer um tratamento adequado (cirúrgico no caso de um adenoma ou médico no caso de hiperplasia bilateral). A morbidade cardiovascular associada ao aumento da aldosterona deve motivar os médicos da família e comunidade a aumentar os esforços voltados para o diagnóstico dessa entidade, que é multidisciplinar e em que o laboratório cumpre uma função fundamental.

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

A verdadeira medicina não é a que cura senão a que prevê. Este conceito foi e continua sendo ensinado nas Universidades de Ciências Médicas de todo o mundo. Desde nossa formação escutamos nossos professores falando desta necessidade diária em nosso agir como estudantes e depois quando profissionais. Até a atualidade ele não tem perdido valor e é de vital importância consolidar o mesmo em cada UBS do país. No caso do Brasil, o SUS veio a revolucionar este andar e tem retomado este pilar para melhorar as vidas dos brasileiros, especialmente aqueles que sofrem por ter menos possibilidades. O Programa Mais Médicos é um exemplo de projeto de promoção e prevenção sempre que os profissionais que formam parte dele cumpram com essa função.

Podemos dizer então como acredita VERAS (2009) que as circunstâncias de saúde de um grupo populacional dado, os motivos e razões vinculadas a essas situações devem ser acompanhados, com o objetivo de dirigir esquemas preventivos, incluindo estratégias para obrar favoravelmente na evolução instintiva da doença ou agravo, prevenir o surgimento de inconvenientes, precaver os agravamentos e exacerbações das doenças crônicas, acrescentar a precaução e responsabilidade de cada paciente e proporcionar informações sobre os pacientes crônicos.

Nossa UBS tem ido identificando fatores de risco na população de abrangência que podem condicionar no futuro Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como o são a Diabetes Mellitus e HAS, que contribuem a elevar a morbimortalidade nas populações, visando diminuir a incidência em nossa população dessas duas doenças no futuro, pelo qual o trabalho inicial tem se baseado no trabalho com as gestantes e crianças, sem descuidar a população adulta e idosa. Nosso município tem ao redor de 2200 habitantes, por ano atende um total de 12 a 20 grávidas e ao redor de 300 crianças compreendidas entre 1 e 13 anos. Nesta população temos detectado fatores de risco como: hábitos alimentares inadequados, desconhecimento na família de fatores de risco condicionantes para DCNT, hiperlipidemias essenciais e familiares, obesidade nas grávidas e nas crianças, educação insuficiente dos pais aos seus filhos quanto a estes temas, entre outros.

As atividades de promoção, prevenção e educação em saúde estão sendo dirigidas para esses grupos de risco (crianças e gestantes), já que as novas gerações representam o futuro do município, sem omitir, como já falei, a população adulta e idosa que representa o maior percentual de doenças crônicas, a qual também está sendo envolvida para diminuir ou retardar complicações relacionadas com doenças crônicas. (MOREIRA, 2010). Apesar de não contar com agentes de saúde em nosso município a estratégia está se desenvolvendo e fizemos uma caracterização de riscos e vulnerabilidades das crianças e suas famílias. Nas consultas individuais de crianças e gestantes abordamos a Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com bastante frequência, pesquisando nos pacientes estas duas doenças. Contamos com aparelho para aferir a Pressão Arterial (PA) em cada consultório médico, na sala de triagem e de observação. Temos 1 glicômetro para fazer o teste de HGT na sala de triagem e para pesquisar nas crianças a HAS temos 2 Esfigmomanômetros infantis que garantem a medida da PA desde que são pequenos, estratégia esquecida por muitos médicos da Atenção primária que só aferem a PA em pessoas adultas ou doentes, sendo orientado na triagem a se realizar esta medida preventiva quando chega uma criança por qualquer motivo de doença.

A equipe através das palestras está ajudando a aumentar os conhecimentos da população. Aproveitando o tempo de espera o pessoal escuta orientações gerais enquanto aguardam passar a consulta. Foi criado um grupo de mães e pais integrado por 25 casais chamado “Pais pela saúde dos seus filhos” fazendo com eles atividades educativas tratando temas de educação alimentar, exercício físico, Obesidade, DM, HAS e lazer nas crianças. (SUCUPIRA, 2010.) Nas escolas levamos e aprofundamos conhecimentos falando de Obesidade, do Índice de Massa Corpórea (IMC), aquele instrumento que temos para caracterizar as pessoas e saber quais delas tem risco de obesidade, quais o são, quais não, falamos do ruim das comidas rápidas ou “junk food”, da importância de comer saudável, 6 vezes ao dia, evitando alimentos gordurosos, carboidratos simples, açúcares refinados, sorvetes, massas, frituras, entre outros. Nessas palestras e conversas temos compartilhado sobre o aprendido e temos descoberto muitos erros alimentares praticados desde suas casas pelos pais e transmitidos para seus filhos devido a suas tradições; fazemos brincadeiras para saber quais as frutas, verduras, vegetais que mais gostam e consomem, entre outros. Então esses eventos têm se convertido em espaços para o debate e aumento do

conhecimento das crianças, e porque não, elas também podem ensinar aos adultos dos seus erros alimentares. (SUCUPIRA, 1998). Essas ações educativas coletivas tem um efeito maior do que quando são dirigidas individualmente às crianças. Nas creches e escolas temos feito atividades de promoção relacionadas com a saúde bucal, onde tem participado a Estomatologista da UBS e tem ensinado a escovação supervisionada e outras ações em saúde bucal. A saúde mental não é descuidada e os professores envolvidos também falam das características psicológicas e individuais dos seus alunos, contribuindo ao saber de nós sobre a saúde mental das crianças, o que nos permite traçar estratégias com aqueles que os pais não dão a atenção requerida, conhecer quais vem de famílias disfuncionais, de pais divorciados, pais com doenças psiquiátricas, etc. Neste agir a parte de assistência social e psicologia trabalha à par de nós nos casos que precisem de uma atenção individualizada. (NOVAES, 2009)

A equipe avalia e acompanha a todas suas gestantes corretamente. Portanto, antes da criança nascer podemos saber quais podem ser de baixo ou alto risco, o que individualiza o trabalho e nos compromete mais com aquelas mães gestantes que são de alto risco. Aqui também temos criado um grupo de gestantes onde participam em uma dinâmica que aumenta os conhecimentos quanto a estes aspectos tratados desde o início, e aquelas de risco aprendem de aquelas com risco baixo e vice-versa. (VICTORA, 2011). É preciso trabalhar o tema aleitamento materno, porque está demonstrado que aquelas mães que aleitam aos seus filhos 6 meses exclusivamente, eles têm mais coeficiente intelectual, desenvolvimento da linguagem e menos risco de DCNT no futuro, entre outros. Elas aprendem com essas conversas e compartilham temas e conhecimentos prévios entre todas. (SUCUPIRA, 1987). Na puericultura os pais das crianças são fornecidos de informações necessárias para o cuidado delas como a importância das consultas, sua participação ativa na vacinação dos seus filhos, realização do teste de pezinho, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, amamentação nos recém-nascidos e lactentes, desvantagens do aleitamento artificial, alimentação complementar, prevenção de acidentes principalmente nas etapas iniciais da vida e a violência infantil. No que diz ao respeito da incidência deste aspecto é muito baixa em nosso município. Também complementamos tudo isto com o exame físico adequado e integrador nas consultas

e acompanhamos com maior frequência aquelas crianças com doenças crônicas de saúde: Diabetes Mellitus, Cardiopatias, Síndrome de Down, entre outras.

Sendo assim, posso concluir que tanto a prevenção quanto a promoção da saúde são trabalhadas na UBS Poço das Antas, com base nos atributos da Atenção Primária.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A Visita Domiciliar (VD) é outro elemento importante a ter em conta pelas equipas de saúde. Funciona como uma estratégia de reconhecimento de fragilidades, riscos e potencialidades. Mediante ela se garante uma melhora significativa da qualidade de vida dos indivíduos, priorizando o diagnóstico da realidade do paciente e as ações educativas, sendo geralmente programada e usada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planeamento de ações (YAMAGUSHI, 2010).

As VD na Unidade Básica de Saúde (UBS) Poço das Antas são fornecidas especialmente para pacientes acamados, idosos com doenças crônicas não transmissíveis, crianças, pacientes com doenças terminais, gestantes, pacientes com doenças psiquiátricas, casos agudos, especialmente crises hipertensivas, infecções respiratórias complicadas; óbitos, entre outros. Nesse contexto é importante dizer que nosso município tem em torno de 30 idosos que não tem possibilidade de acessar com regularidade à unidade, devido a residirem longe da UBS (alguns moram nos morros da localidade, o que torna ainda mais difícil o acesso), ou serem acamados ou cadeirantes devido a sua idade, ou apresentarem sequelas de acidentes vasculares encefálicos e demências senis.

O deslocamento até as moradias é garantido pela Secretaria de Saúde, e por enquanto não temos tido dificuldades quanto a isso. Nelas participo eu, uma técnica de enfermagem ou a licenciada em enfermagem da equipe. Os dias estabelecidos consensualmente para estas são as segundas e terças-feiras de manhã, aproveitando que na UBS trabalham mais dois médicos clínicos gerais pelo qual sempre está garantida a atenção médica municipal. A equipe se programou a fazer 4 visitas domiciliares em cada uns desses dias, excluindo as urgências, as quais são garantidas quando o familiar liga para a UBS. Para o fornecimento dessas visitas a equipe se prepara levando o material necessário, dentre deles: esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro, glicômetro, otoscópio, luvas, material curativo, medicamentos, receituários, material educativo, tendo estas um caráter multifuncional.

Através das visitas domiciliares oferecemos uma atenção integral em temas importantes como adesão ao tratamento em DCNT, prevenção de complicações por

DCNT, cuidados integrais ao paciente acamado, aumento dos conhecimentos dos cuidadores que tem sob sua responsabilidade o cuidado dos familiares doentes, medição de PA, temperatura, glicemia capilar, curativos em pacientes com pé diabético e úlceras crônicas por insuficiência venosa, identificação de sinais de gravidade, anamnese e exame físico integrador aos pacientes com HAS, DM, Demências, Doenças psiquiátricas, em crianças e gestantes. Uma das questões mais importantes que é planejada pela UBS tem sido o acompanhamento naqueles que ficaram internados por causa de DCNT descompensadas após alta médica hospitalar, sendo realizado principalmente em pacientes hipertensos e diabéticos e assim ajudar ao processo de adesão de novas terapêuticas estabelecidas durante a internação. O momento da VD converte-se no cenário ideal para dar orientações, esclarecer dúvidas, fornecer informação principalmente para os pacientes acamados, hipertensos, diabéticos, para a família em geral, visando evitar ou diminuir intercorrências derivadas de suas enfermidades.

Nas visitas, a abordagem familiar é implementada, perguntando incertezas no manejo dos pacientes pela família, uso das medicações, etc. Aproveitamos e construímos planos de cuidados para a pessoa doente e de uma maneira integral é avaliada a família em seu contexto social, biológico e psicológico. Na parte epidemiológica as VD transformam-se em espaços educativos e renovadores, implementando ações que visam reduzir o número de casos com doenças transmissíveis e as complicações a longo prazo.

Ao respeito do manejo das urgências e casos agudos, temos atendido pacientes com crises hipertensivas, Diabetes Mellitus descompensada, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica agudizada e Pneumonias. Nas situações de óbitos a equipe mostrou-se cooperativa oferecendo apoio emocional às famílias envolvidas e garantindo a confecção do atestado de óbito. Em todos os casos relatados os familiares mostraram seu agradecimento pela atenção prestada.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O período que compreendeu o curso de especialização em saúde da família foi muito enriquecedor em todos os aspectos. Foi um ano de muito esforço e empreendimento na UBS onde foi colocado. O crescimento profissional foi acrescentado graças a este curso de especialização em saúde da família. Desde o começo do Eixo I até o Eixo II recebi uma gama de conhecimentos muito úteis para o nosso desenvolvimento como profissionais da saúde em contínua aprendizagem. O Eixo I, levou-me a ampliar meus conhecimentos sobre o SUS, Atenção Primária (AP), em temas como: História das políticas públicas de saúde e SUS, Situação de saúde no Brasil e determinantes de saúde, Planejamento e gestão, Vigilância Epidemiológica, Genograma, Georreferenciamento, Plano Terapêutico Singular, Ética na AP, entre outros. O Eixo II ajudou-me a pôr em prática o aprendido através do estudo dos diferentes casos clínicos, o que significou para mim uma oportunidade única para me crescer como médico, ampliando minha visão da medicina familiar.

O curso significou uma oportunidade para implementar estratégias aprendidas como: o método clínico centrado na pessoa, a abordagem familiar, que proporcionaram um melhoramento paulatino e crescente na relação médico-paciente e na qualidade de vida dos poçoantenses. Os pacientes do município observaram uma diferença na atenção médica ao ter em conta o paciente de maneira integral, biopsicossocialmente, mudaram muitas condutas ante as mais diversas doenças e agravos em saúde, aumentou a segurança na atenção ao paciente no dia-a-dia, os pacientes sentiram-se acompanhados realmente. A aplicação dos diferentes protocolos e diretrizes estabelecidos para o rastreamento de doenças e atendimento dos pacientes foi posta em prática graças em parte aos diferentes casos clínicos do Eixo II, sendo eles de grande ajuda para o manejo das doenças na atenção primária, dentre deles chamaram minha atenção os casos relacionados com Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Insuficiência Cardíaca, Puericultura, Gestação, Puerpério, Climatério, Saúde Mental, Trauma na Atenção Primária e Doenças Sexualmente Transmissíveis principalmente.

Gostei do método de estudo a distância, da interação com a plataforma do curso, as cidades fictícias, os debates estabelecidos nos diferentes fóruns dos dois Eixos onde se vivenciaram diferentes realidades nos municípios envolvidos, o acompanhamento dos dois tutores e o formato dos diferentes módulos e casos clínicos de maneira geral.

Na execução do projeto de intervenção este demonstrou que é possível mediante ferramentas simples mudar estilos de vida, aumentar conhecimentos nos pacientes, nos profissionais da Atenção Primária acrescentar o desejo por melhorar cada dia, e estimular a adesão ao tratamento nos pacientes diabéticos e hipertensos de nossa UBS.

Em conclusão, posso afirmar que consegui aplicar todo o conhecimento necessário e indispensável sobre AP na UBS “Poço das Antas”. Graças a isso existe um trabalho que apesar de não ser perfeito, porque não temos agentes de saúde, é uma base para novas metas a serem cumpridas no futuro pela equipe de saúde. Acredito que pôr em prática os princípios do SUS como a integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, acesso universal e equidade foi um dos maiores logros neste tempo como médico na UBS Poço das Antas.

6. REFERÊNCIAS

- BELLIDO, C. M. et al. **Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial.** Revista de la Sociedad Castellana de Cardiología, v. 5, n. 3, p. 141-160, 2003.
- CAPELETTI, J. T. et. al. **Hiperaldosteronismo primário: diagnóstico e complicações clínicas.** Revista Brasileira de Hipertensão, v. 16, n. 1, p. 65-68, 2009.
- FARDELLA, C. E.; Mosso, L. M.; Carvajal, C. A. **Hiperaldosteronismo primario.** Revista Médica de Chile, v.136, n.7, 2008.
- MOREIRA, M.; Goldani, M.Z. **A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança.** Ciências da Saúde Coletiva, v.15, n.2, p.321-327, 2010.
- NOVAES, H.D.M; Mota, A.; Schraiber, L.B. **A puericultura em questão.** São Paulo, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Revista Brasileira de Cardiologia, v.107, n.3, p. 69-75, 2016.
- SUCUPIRA, A.C.S.L.; Morano, R.; Costa, M.Z.A. **Grupos de mães: uma experiência de ensino da puericultura.** Pediatria, São Paulo, v.9, n.2, p. 53-58, 1987.
- SUCUPIRA, A.C.S.L. **Repensando a atenção a saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial.** Revista Atenção Pediátrica, v. 32, n. 2, p. 61-78, 1998.
- SUCUPIRA, A.C.S.L; Novaes, H.M.D. **Prática pediátrica no consultório.** Pediatria no consultório, 5ta edição, São Paulo, 2010.
- YAMAGUSHI, A.M. et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar.** Barueri, 2010.
- VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista de saúde pública, 2009.
- VICTORA, C.G. et. al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios.** Lancet, 2011.

7. ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO



Projeto de Intervenção

Intervindo na adesão ao tratamento de hipertensos e diabéticos através da utilização de grupos e materiais educativos.

Euvel Sarmiento Isla

Poço das Antas – RS

Outubro, 2017

Resumo

A Hipertensão Arterial (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Estas doenças representam a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Um dos grandes obstáculos para o controle destas doenças está relacionado ao nível de adesão à terapêutica medicamentosa, a transformação dos estilos de vida incorretos e principalmente a assistência às consultas de retorno para o acompanhamento dos níveis pressóricos, glicêmicos e orientações relacionadas à conduta terapêutica e alimentar. A educação em saúde continua sendo uma grande companheira neste método de impacto ao paciente com Doença crônica não transmissível (DCNT), pois esta oferece transformações comportamentais e uma possível compreensão acerca de seus problemas. O presente projeto de intervenção educativa pretende orientar e ensinar os pacientes, buscando uma linha de cuidado interativa e participativa, de modo que eles percebam a necessidade de cuidado continuado juntamente com a equipe de saúde, para prevenção de complicações e conquista de uma melhor qualidade de vida. Neste projeto de intervenção mediante palestras e duas cartilhas educativas de orientação para pacientes diabéticos e hipertensos, conheceremos e aumentaremos o grau de conhecimentos relacionados com a saúde dos pacientes escolhidos, as quais serão utilizadas como instrumento de educação, orientação e serão implementadas pelos membros da Equipe de Saúde da Família. Também aplicaremos um questionário que nos permitirá conhecer o grau de conhecimento que tem os pacientes hipertensos e diabéticos sobre estilos de vida saudáveis, fatores de risco de HAS e DM, e como é seu relacionamento com a equipe de saúde. Após a intervenção espera-se uma maior adesão ao tratamento, às consultas de retorno, e mudanças no modo de perceber a doença que ajudarão no futuro diminuir ou retardar as complicações.

Palavras-chaves: Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, Fatores de risco, Adesão ao tratamento.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	04
2. OBJETIVOS	06
2.1 OBJETIVO GERAL.....	06
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	06
3. REVISÃO DE LITERATURA.	07
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
5. CRONOGRAMA.....	16
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.	17
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	17
6.2 RECURSOS MATERIAIS.....	17
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	18
8. REFERÊNCIAS.....	19
9. ANEXOS.	23

1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) abrange quase 600 milhões de seres humanos no planeta terra. Cerca de 25 % da população adulta e 50 % dos idosos no Brasil são afetados por esta doença crônica, de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia no ano 2010. No entanto, o Diabetes Mellitus (DM) também traduz um grave problema de saúde, afetando cerca de 250 milhões de pessoas em todo o mundo, das quais, 4% são brasileiras, a maioria anciãos de 60 a 79 anos. (BRASIL, 2006)

O DM e HAS são doenças consideradas como graves problemas de saúde pública, porque elas estão associadas com o surgimento de outras doenças crônicas e degenerativas, prejudicando assim a qualidade de vida das pessoas que as apresentam. Dentre as principais consequências destas doenças estão o Acidente Vascular cerebral (AVC), nefropatia, retinopatia diabética, e neuropatia. (MINISTÉRIO DE SAUDE, 2006)

Em 4 de março de 2002, foi estabelecido mediante a Portaria nº 371, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ele fica integrado ao Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo entre seus objetivos cadastrar as pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para atingir metas, diretrizes e desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de agravos. (PORTARIA, BRASIL, 2002)

Tendo como objetivo alcançar as pautas instauradas pelas políticas governamentais, e visando instalar um atendimento integral à saúde do povo brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, oferecendo continuamente para a rede de atenção básica de saúde, os medicamentos para HA e DM propostos pelo MS, consolidados pelo Comitê do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes e pela Comissão Inter gestora Tripartite (CIT). (PORTARIA, BRASIL, 2002)

O governo brasileiro em seu marco de trabalho tem facilitado o ingresso das pessoas com HA e DM ao tratamento mediante suas resoluções e portarias. Podemos mencionar a implementação da Farmácia Básica da UBS mantida pelo município em

acordo com as Secretaria Estadual e a Farmácia Popular, contribuindo com a ininterrupção do tratamento farmacológico dos pacientes no município.

Independentemente do trabalho realizado pelo Ministério de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e nossa Secretaria de Saúde do município Poço das Antas, pertencente ao estado Rio Grande do Sul, nós ficamos comprometidos com os pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, neste caso, hipertensos e diabéticos de nossa Unidade Básica de Saúde. Na área de abrangência da Equipe de Saúde temos uma população de 2108 pessoas, deles 382 são hipertensos e 38 diabéticos. (SIS-HIPERDIA, 2017)

Na UBS Poço das Antas percebemos que os pacientes hipertensos e diabéticos têm dificuldades na compreensão de sua doença, a falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida mais saudáveis e o desconhecimento dos fatores de risco e sua influência na saúde das pessoas são evidentes durante as consultas médicas e de enfermagem. O tratamento tem para eles um enfoque terapêutico e não implica em mudar estilos de vidas necessários para prevenir complicações, também muitos ao retornar vêm com complicações próprias destas duas doenças e o acompanhamento vê-se dificultado pelo não retorno às consultas, o que está influenciando na adesão ao tratamento da população hipertensa e diabética.

Por isso, realizar intervenção em busca de ações educativas que visem melhor adesão ao tratamento, fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários é necessário e é o que será feito neste Projeto de Intervenção.

2. Objetivos

2.1. Geral:

- ✚ Orientar os pacientes Hipertensos e Diabéticos sobre os cuidados com sua saúde e os males ou prejuízos ligados à sua doença.

2.2. Específicos:

- ✚ Favorecer a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos utilizando materiais educativos.
- ✚ Conhecer e aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos quanto a sua doença.
- ✚ Promover estilos de vida saudáveis e reduzir o número de complicações nos pacientes hipertensos e/ou diabéticos do município.
- ✚ Capacitar a equipe de saúde em oferecer uma atenção com qualidade aos pacientes com HAS e DM.

3. Revisão da literatura

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o (DM), são duas doenças crônicas não transmissíveis que constituem causas frequentes de consulta nos serviços de atenção primária à saúde. Elas são fonte de complicações nos pacientes portadores.

A primeira é definida como:

(...) uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($PA \geq 140/90$ mmHg). Associa-se frequentemente a alterações de funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequentemente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 01)

Até o dia de hoje ela é um reto para a saúde pública, já que além de ser uma doença crônica não transmissível que requer muita atenção por parte das autoridades sanitárias, constitui um fator de risco de extrema importância para doenças como: as cerebrovasculares (DCV) e o infarto agudo do miocárdio (IAM), as que nesta ordem no ano 2013 foram as duas primeiras causas de morte no Brasil. (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2015, p.101).

No Brasil nas últimas 2 décadas, análises realizadas em várias cidades brasileiras mostraram que a HAS teve uma prevalência maior do 30 %. (CESARINO et al., 2008, p. 31). Em outros estudos que aconteceram, 22 revelaram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), ocupando a faixa etária entre 60 e 69 anos uma prevalência maior de 50 % e acima de 70 anos o maior percentual com um 75 % (ROSÁRIO et al., 2009, p. 672). Quanto ao gênero, o sexo masculino teve uma prevalência de 35,8% e o feminino um pouco menos com um 30%. O achado resultou muito similar ao de outras nações (PEREIRA et al., 2009, p.963). Durante os anos 2003 a 2008, 44 estudos realizados em 35 países evidenciaram uma prevalência global de 37,8% e 32,1%, em homens e mulheres, respectivamente. (PEREIRA et al., 2009, p.963).

O Diabetes Mellitus (DM) é conceituado como um conjunto de sinais e sintomas, que se produzem no indivíduo devido a níveis de glicose elevados por causa de transtornos derivados da diminuição na produção do hormônio insulina, sua ação

nos tecidos, ou ambos, onde além de estar afetado o metabolismo dos carboidratos, também se vê afetado o metabolismo das gorduras e proteínas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016, p. 07).

A cada dia mais, há um aumento do número de casos novos de DM devido que a população se torna mais envelhecida e aumentam a prevalência de pessoas com obesidade e sedentarismo, que contribuem ao surgimento desta doença. (WILD et al., 2004, p. 1047). No Brasil, num estudo feito 2 décadas atrás existiu uma prevalência de 7,6 % (MALERBI, 1992, p. 1509), mas atualmente as taxas são mais altas. (TORQUATO et al., 2003, p. 224).

A doença fica junto a outras 4 entre as cinco mais relevantes e importantes questões de saúde de solução difícil, que são prioritárias na atenção primária à saúde. (TAQUEDA, 2004). O 5 % das internações por condições sensíveis na atenção primária à saúde (APS) no Brasil recaiu sobre este problema, mas devido à reorganização da APS no país há tendência à diminuição nos últimos anos. (ELIAS, 2008, p. 633).

Para a redução de complicações e mortalidade por DM e HAS, na prática devemos ter uma boa compreensão destas duas doenças, um apropriado conhecimento dos pacientes doentes, e implementar esquemas onde o indivíduo seja o eixo principal. (WORRAL, 2011, p.16). Assim, para um cuidado efetivo, é necessário ao médico conhecimento atualizado, habilidades próprias da comunicação, e uso de tecnologias próprias da APS.

3.2 Fatores de risco para a HAS e o DM

Existem vários fatores de risco importantes reconhecidos na epidemiologia destas duas doenças, tais como: tabagismo, consumo prejudicial de álcool, alimentação inadequada, e sedentarismo.

O tabagismo está influenciando negativamente na saúde das pessoas, e o aparelho circulatório é um dos órgãos-alvos principais que mais é afetado no corpo humano. Mais de 4000 substâncias são identificadas na fumaça do cigarro, muitas delas irritantes e mais de 60 carcinogênicas. Cerca do 20 % das mortes por doenças vasculares são atribuídas ao tabaco. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Hoje, se calcula que há mais de 24 milhões de fumantes no Brasil, sendo que o 80 % deles começaram a fumar antes dos 18 anos, e 20 % antes dos 15 anos. (IBGE, 2008).

A Guia alimentar para a população brasileira expõe o seguinte:

Dessa forma, não há razão para considerar o consumo de cigarro, charutos e outros derivados do tabaco uma mera opção comportamental ou um estilo de vida. Hoje o tabagismo é amplamente reconhecido uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (...). (GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA, 2008, p. 28).

O consumo prejudicial de álcool é outro fator de alto impacto. Segundo LARANJEIRA (2007) no primeiro levantamento específico sobre uso de álcool na população brasileira foram realizadas 3.007 entrevistas, delas 2.346 a pessoas adultas e 661 a pessoas adolescentes entre 14-17 anos. A investigação concluiu que o 52,0% dos adultos ao menos 1 vez por ano beberam álcool, sendo o sexo masculino o que mais bebe com um percentual do 65% e o sexo feminino com um 41%. O 49,8 % relatou ter tomado álcool pelo menos numa ocasião no último ano anterior à investigação. O estudo também demonstrou que entre os adultos bebedores, o 60 % dos indivíduos do sexo masculino e o 33 % do sexo feminino ingeriram 5 doses ou mais na ocasião que mais beberam no último ano; 11 % das pessoas adultas do sexo masculino ingerem álcool diariamente e o 28 % delas bebem até 4 dias por semana. A investigação demonstrou que as pessoas que moram na região do sul do Brasil são as que mais bebem no país.

Segundo a Organização Mundial para a Saúde, este é um dos fatores de risco modificáveis mais associados às doenças crônicas não transmissíveis. Dentro dos objetivos das estratégias internacionais e nacionais, a redução do uso do álcool é vista como prioritária, desencadeando a elaboração de planos de promoção de políticas públicas que abrangem a prevenção primária, secundária e terciária do uso de bebidas alcoólicas. Percebe-se com isso que a identificação precoce dos indivíduos com consumo de risco é pilar central para estratégias preventivas aos problemas relacionados al álcool. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A alimentação inadequada vem sendo outro fator de risco importante. As tendências no consumo alimentar também são preocupantes, com destaque para a redução de alimentos básicos (arroz, feijão e hortaliças) e para o aumento na ingestão de alimentos processados, ricos em açúcar, gorduras de origem animal e sódio.

(LEVY et al., 2008). O estado nutricional da população passou rapidamente de um quadro de carência alimentar entre os menos favorecidos da sociedade, para outro caracterizado por obesidade, atingindo todas as categorias sociais. (BRASIL, 2011).

Temos também a inatividade física ou sedentarismo que tem um custo econômico significativo, tanto para o paciente como para a sociedade, em vista das sequelas que causa. As estatísticas mostram que cerca de 30 % dos brasileiros assiste mais do que três horas de televisão por dia, um hábito sedentário de lazer. (IBGE,2008). Paralelamente à mecanização crescente da sociedade nas últimas décadas e a pouca preocupação com o desenvolvimento urbano que encoraje vida ativa no deslocamento para escola/trabalho e lazer, a frequência de atividade regular do brasileiro caiu substancialmente: apenas 17 % realizam atividade física por um mínimo de 30 minutos ao dia no deslocamento ao trabalho/curso/escola; e apenas 30 % realizam um mínimo de 150 minutos/semana de atividade moderada ou leve, ou 75 minutos/semana de atividade vigorosa no lazer. (IBGE, 2008).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão recomenda que para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física, de leve a moderada, de forma contínua ou acumulada, pelo menos 5 dias da semana, desde que apresente condições de realizá-la. As diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes do ano 2015-2016 recomendam realizar exercícios físicos, devido que este aumenta a utilização de glicose pelo músculo, melhora a sensibilidade à insulina, reduz os requisitos diários de insulina ou diminui as doses de antidiabéticos orais nos pacientes diabéticos, controla o peso e evita a obesidade, mantém a pressão arterial e os níveis de colesterol.

3.3 Adesão ao tratamento

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a adesão como um agrupamento de práticas que incorporam: atingir imunização, ingerir fármacos, acolher costumes úteis e benéficas para a saúde, apresentar-se às consultas marcadas, etc. Esta afirma que para garantir a aderência é preciso a presença de um grupo de vários profissionais, que estipulem e sustentem acordos com o indivíduo para execução do tratamento (WHO, 2003). Segundo ela mais de 60 % dos pacientes diabéticos e 40 % dos hipertensos não cumprem as indicações dadas pelo pessoal de

saúde. Para que exista essa adesão ao tratamento na prática, a conduta do paciente deve concordar com as indicações dos profissionais e assim manter um adequado control ou cura de seu padecimento.

Friberg (2005) referiu que para que exista aderência deve acontecer uma colaboração entre o profissional da saúde e o paciente. É importante ressaltar que neste contexto devem-se ter em conta aspectos como: os graus de conhecimentos dos doentes, que os profissionais de saúde fiquem atualizados no campo de sua profissão, as particularidades dos tratamentos e suas reações não desejadas, a continuidade destes e o que se entende quanto ao fenômeno saúde-doença do paciente e quem cuida dele, sendo seu eixo central o cuidado do doente através de sua educação continuada.

HORWITZ (1993) sintetizou que a adesão ao tratamento tem como atributo principal o nível de correspondência entre a orientação do médico e a conduta de quem se orienta. Aspectos da conduta da pessoa em relação à sua saúde são muito importantes, dentre deles: tomar a dose correta do medicamento, de forma regular e à hora prescrita, o cumprimento das indicações do pessoal competente sobre alimentação, atingir estilos de vida saudáveis e a assistência às consultas médicas. Nesse contexto não se deve entender que adesão é somente cumprir as orientações dadas pelo doutor, pois ela abrange outros termos como: aspectos sociais e econômicos, perguntas derivadas do tratamento, o grau de entendimento da terapêutica e sua importância, recebimento com beneplácito de modificações nos padrões de vida, o doente como o afetado, até a organização da estrutura de saúde imperante.

SHERBOURNE et al. (1992) admitiram que determinados obstáculos podem intervir na aderência ao tratamento e não atingir um adequado control da HAS quanto à doença: a sua cronicidade, inexistência de queixas e gravidades no curso do tempo.

Destacam-se outras particularidades quanto ao indivíduo, como: gênero, idade, cor da pele, nível educacional, ocupação, fatores religiosos e culturais, estilos de vida, fatores sociais e econômicos. Todas elas jogam um papel importante na adesão. É chamativo que em estudos realizados, homens mais jovens e com grau de escolaridade baixo tem menos probabilidade de se aderir ao tratamento. (PIERIN et al., 2001). DIMATTEO (1993) encontrou que a raça preta (19,7%) tem menos aderência ao tratamento do que a raça branca (53,6%). Ele também sinalou que o

relacionamento paciente-equipe é fundamental no transcurso da adesão, onde fatores como a empatia do médico, o tempo usado na consulta e tomar em conta a parte psicológica e social dos indivíduos são de vital importância.

Por último, no que se refere ao tratamento farmacológico, há provas de que os pacientes que tem tratamentos mais custosos, que causam mais reações não desejáveis, ou regímenes de tratamento com vários fármacos para poder controlar sua doença, tem menos adesão ao tratamento. (LIP, 1997).

4. Materiais e métodos

Trata-se de um Projeto de Intervenção (PI), a partir do uso de metodologia participativa com o envolvimento de toda a equipe selecionada para as atividades educativas e preventivas. A intervenção terá uma duração de 7 semanas, com atividades semanais, enfocando temáticas diversas na abordagem da prevenção e controle da HAS e o DM nos pacientes.

4.1 Público alvo

O universo será 382 pacientes hipertensos e 38 diabéticos cadastrados na equipe de saúde. A amostra será de 50 pacientes hipertensos escolhidos aleatoriamente (5 pacientes por cada bairro) e 10 diabéticos (1 paciente por cada bairro, sempre que exista ao menos um por bairro), prévia aceitação ou consentimento informado para participar do projeto.

4.2 Desenho da operação

O projeto de intervenção se subdividirá em 4 etapas:

Primeira etapa

O primeiro momento a ser realizado é a apresentação à equipe de saúde do PI que se quer fazer mediante uma parceria, com o fim de que se conheça o propósito do mesmo, as expectativas a alcançar que temos com sua realização e como vai ser levado a cabo. Também apresentaremos o cronograma com as atividades a serem realizadas e designaremos as responsáveis pelas diferentes atividades e o tempo a ser realizado.

Nesta primeira fase também se treinará toda a equipe de saúde quanto a HAS e DM. Serão escolhidos de maneira aleatória os pacientes em cada bairro, tendo sempre em conta que estivessem cadastrados na equipe, no SIS-HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) e disposição para participar do PI.

Segunda etapa

Esta etapa trata do planejamento e elaboração do PI. Adicionaremos um plano de ação e os recursos necessários para concretizar o PI. Participaram nesta etapa do projeto os seguintes profissionais: o Médico da Estratégia de Saúde da Família, a Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, a Técnica de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família, a nutricionista e nossa psicóloga da ESF. Na reunião da Equipe semanal terá um tópico para a abordagem do planejamento, onde serão tratados temas como: fornecimento dos recursos materiais, agendamento do auditório para as palestras, pessoal que realizará as palestras, preparação deste; elaboração de um questionário (Anexo 1), e duas cartilhas educativas que abordaram a HAS e o DM de maneira ilustrativa e abreviada (Anexo 2). Os 2 anexos serão construídos pelo médico da equipe para sua posterior aplicação na amostra do PI. Avaliaremos em cada reunião o que vai sendo cumprido, o que falta por fazer, os problemas que vão se apresentado para o adequado desenvolvimento do mesmo, além de como atingir as metas nas diferentes etapas do PI.

Terceira etapa

Neste momento, o projeto de intervenção educacional será implementado. Os pacientes participantes já selecionados preencherão um questionário composto por 12 perguntas (Anexo 1) que nos permitirá conhecer o grau de conhecimento que têm sobre estilos de vida saudáveis, fatores de risco destas doenças, como é seu relacionamento com a equipe de saúde, entre outras perguntas. A pesquisa será respondida individualmente, assegurando a total confidencialidade das informações obtida. Após, entregaremos as 2 cartilhas educativas já desenhadas sobre HAS e DM e debateremos seu conteúdo. Também realizaremos 5 palestras de 2 horas de duração, uma semanalmente, sobre os seguintes temas e desenvolvidas pelos seguintes profissionais:

- Alimentação saudável no paciente hipertenso e diabético: Médico e Nutricionista.
- Qualidade de vida, Hipertensão Arterial e Diabetes: Médico e Enfermeira da ESF

- A atividade física na Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus: Médico e Enfermeira da ESF
- Hipertensão e Diabetes, como batalhar com estas doenças? Médico e técnica de Enfermagem da ESF.
- Influência do estresse no indivíduo hipertenso e diabético: Médico e Psicóloga

As atividades serão desenvolvidas semanalmente e elas ajudarão fortalecer a relação médico-paciente, o grau de conhecimento deles quanto a sua doença, serão esclarecidas dúvidas, abriremos um debate participativo, a fim de alcançar uma melhor adesão ao tratamento em pacientes no futuro. O tempo de duração da intervenção será de 7 semanas. O autor do projeto em conjunto com a enfermeira da equipe, uma técnica de enfermagem, a nutricionista e psicóloga, faremos as atividades no auditório da prefeitura.

Quarta etapa.

Nesta fase, avaliaremos tudo o que foi feito, os resultados esperados, se estes concordassem com o esperado e chegaremos a conclusões, o que nos permitiria levar comportamentos futuros a favor da qualidade da Atenção Básica do município.

5. Cronograma

Atividades	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Apresentação da proposta de PI para a equipe de saúde,	X						
Treinamento da equipe quanto a HAS e DM	X	X					
Escolha e captação dos pacientes	X	X					
Organizar recursos e materiais a Utilizar			X	X			
Planejamento e elaboração do PI			X	X			
Execução da intervenção educativa					X	X	
Análise dos resultados							X
Apresentação dos resultados e avaliação do projeto							X

6. Recursos necessários

6.1 Recursos Humanos

- 1 Médico da Estratégia de Saúde da Família
- 1 Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família
- 1 Técnica de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família
- 1 Nutricionista
- 1 Psicóloga

6.2 Recursos materiais

- Sala para realização de grupos: 1
- Canetas: 60
- lápis: 60
- Folhas com questionário impresso: 160 (cada questionário está formado por 2 folhas)
- Prontuários: 60 (podendo ser menos em dependência se há pacientes escolhidos na amostra que apresentem as duas doenças)
- Cartilhas educativas: 60 (cada cartilha está formada por 30 folhas impressas)
- Computador: 1
- Retroprojeter:1
- Impressora: 2

7. Resultados esperados

Com o presente projeto esperam-se os seguintes resultados:

- ✚ Maior adesão ao tratamento que poderá ser comprovado mediante um aumento das consultas de retorno no futuro, a manutenção nos níveis de glicemia e pressão arterial, o uso correto da medicação para o controle da HAS e DM, adoção de estilos de vida saudáveis, etc.
- ✚ Aumentar os níveis de conhecimentos dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre sua doença, os fatores de risco, complicações.
- ✚ Incentivar a modificação dos estilos de vida incorretos e assim diminuir o número de complicações a curto e longo prazo como urgências, emergências e outras próprias destas doenças.
- ✚ Fortalecer a relação médico-paciente e o grau de compreensão dos pacientes quanto ao papel que joga a equipe na atenção ao indivíduo hipertenso e diabético e eles como donos de sua saúde.
- ✚ Promover a unidade do trabalho da equipe de saúde como um ente transformador da saúde da comunidade.

8.Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus**. Brasília, 2002. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 371, DE 04 DE MARÇO DE 2002**.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html.>

Acesso em: 01 de jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2008. 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Tabagismo no Brasil**. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/default.shtm>.> Acesso em: 01 de jul. 2017.

CESARINO, C. et al. **Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

DIMATTEO, R. M.; Sherbourne, C. D.; Hays, R. D. **Physicians characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study.** Health Psychology, v.12: p.93–102, 1993.

ELIAS, E.; Magajewsky, F. **A atenção primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das interações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.

FRIBERG, F.; Scherman, M. H. (2005). **¿Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion.** Scandinavian Journal of Caring Sciences, v. 19, p.274–279, 2005.

HORWITZ, R. I.; Horwitz, S. M. **Adherence to the treatment and health outcomes.** Archivos of Internal Medicin, v.153, p. 1863–1868, 1993.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília: SENAD, 2007.

LEVY, R. B. et al. **Regional and socioeconomic distribution of household food availability in Brazil, in 2008-2009.** Revista de Saúde Pública, v.46, n.1, p. 06-15, 2012.

LIP, G.Y.H.; Beevers, D.G. **Doctors, nurses, pharmacists and patients – the Racional Evaluation and choice in Hypertension (REACH) Survey of Hypertension Care Delivery.** Blood Pressure, v.6, p.6–10, 1997.

MALERBY, D.; Franco L. J. **Multicenter estudy of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years.** The Brazilian Cooperative group on the Estudy of Diabetes Prevalence. Diabetes Care, v.15, n.11, p. 1509-1516, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006. 56 p.

PEREIRA, M. et al. **Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries**. Brazilian Journal of Hypertension, v.27, n. 5, p. 963–975, 2009.

PIERIN, A. M. G. et al. **O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença**. In: Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 35, p. 11–8, 2001.

ROSÁRIO, T. et al. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 93, n. 6. p. 672-678, 2009.

SHEBOURNE, C. D.; Hays, R.D; Ordway, L. **Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study**. Journal of Behavioral Medicine, v. 15, p.447–68, 1992.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão, v.10, n.1, p. 01, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da sociedade brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: SBD, 2015-2016.

WILD, S. et al. **Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030**. Diabetes Care, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

TAQUEDA, S. **A organização de serviços de atenção primária de saúde à Saúde.** Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, 2004.

TORQUATO, M. T. **Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years in Ribeirão Preto.** São Paulo Medical Journal, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy to reduce the harmful use do alcohol.** Geneva: WHO, 2010. Disponível em:
<http://www.who.int/substance_abuse/msbalestrategy.pdf> Acesso em: 01 de jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke free enviroments.** Geneva: WHO, 2009.

WORRAL, G.; Knight, J. **Continuity of care is good for elderly people with diabetes: retrospective cohort study of mortality and hospitalization.** Canadian Familian Physician, v. 57, n. 5, p. 16- 20, 2011.

9. Anexos

ANEXO 1– Questionário: Grau de conhecimento dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre sua doença, fatores de risco de HAS e DM, e avaliação da relação paciente-equipe de saúde.

1. Sua idade encontra-se entre:

____ de 15 a 24 anos

____ de 25 a 34 anos

____ de 35 a 44 anos

____ de 45 a 54 anos

____ de 55 a 64 anos

____ mais de 65 anos

2. Sexo:

____ masculino

____ feminino

3. Raça:

____ branca

____ parda

____ preta

4. Você tem Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus, ou as duas?

____ Hipertensão Arterial

____ Diabetes Mellitus

____ Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

5. Conhece sobre sua doença?

____ sim

____ não

6. Quantos anos há que você apresenta Hipertensão Arterial ou Diabetes?

____ menos de 5 anos

____ de 5 a 10 anos

____ de 11 a 20 anos

____ mais de 20 anos

7. Você conhece quais as complicações da Hipertensão Arterial e do Diabetes?

____ sim

____ não

8. Sobre os fatores de risco abaixo mencionados, quais você tem?

____ obesidade

____ tabagismo

____ não realiza exercícios físicos

____ consome muito sal

____ consome carboidratos em excesso (qualquer deles em excesso: açúcar, pão, massa, feijão, farinha de milho, farinha de trigo, batata, batata doze, mandioca)

____ consome álcool com frequência

9. Com que frequência você vai ao consultório do médico num ano?

____ 1 vez por ano

____ 2 vezes por ano

____ 3 vezes por ano

____ nenhuma

10. Você acha que está bem não ir ao médico se você não está doente?

____ sim

____ não

Por que?

DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL



O que é Diabetes?





O Diabetes é uma doença na qual os níveis de glicose são elevados. É devido à secreção inadequada de insulina ou ao aumento dos requisitos de insulina.

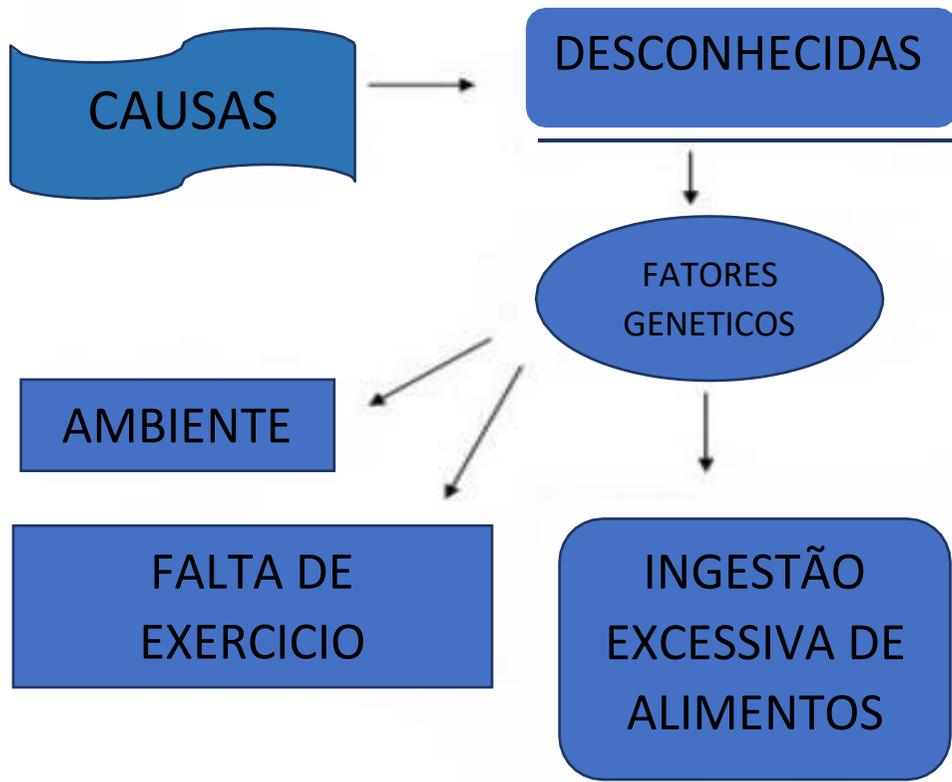


SINTOMAS



Sinais e Sintomas de Diabetes

- Sentir muita sede
- Urinar com frequência
- Fome incontrolável
- Mudanças de humor
- Irritabilidade
- Cansaço a maior parte do tempo
- Perda de peso inexplicável
- Pele seca e coceira
- Visão turva
- Ter feridas que não curam ou demoram muito para fazê-lo
- Perder sensibilidade ou formigamento nos pés



AFETA MILHÕES DE PESSOAS



Error! Reference source not found.

Classificação do diabetes



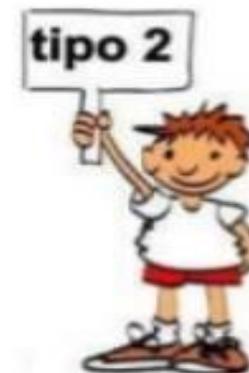
Tipo 1

O corpo não produz
insulina

Tipo 2

O corpo não usa
insulina
corretamente

Outros tipos de diabetes



Por cirurgia

Diabetes gestacional

Desnutrição

Por medicamentos



DIABETES TIPO 1

Crianças e adultos
jovens

Sede, vontade de urinar excessiva,
presença de acetona na urina, perda
de peso

5% - 10%

Insulina para poder viver, seguir
um plano de alimentação saudável



DIABETES TIPO 2



ADULTOS

Partes iniciais da
doença não causam
sintomas

90% - 95%

Sede, vontade de urinar
excessiva, perda de peso

Os valores normais de glicose no sangue variam de 70 a 99 mg/dl

O diagnóstico de diabetes é feito através da análise de glicose no sangue (**açúcar**) para detectar se os valores são:

Jejum: maior que 126 mg/dl

A qualquer hora do dia: acima de 200 mg/dl, mais sintomas

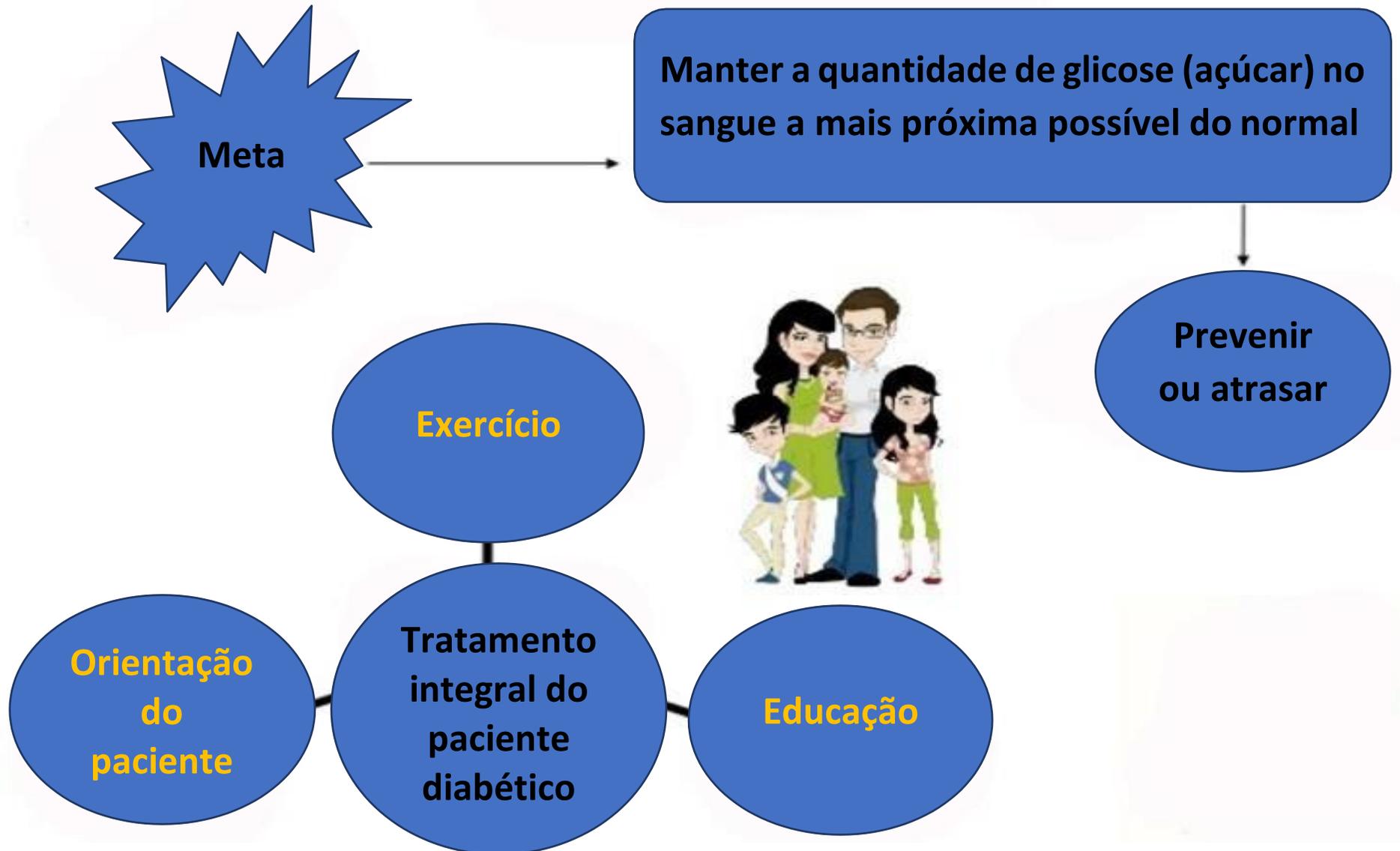
Quando, após a ingestão de uma preparação de glicose (**2 horas depois**), a pessoa tem um nível

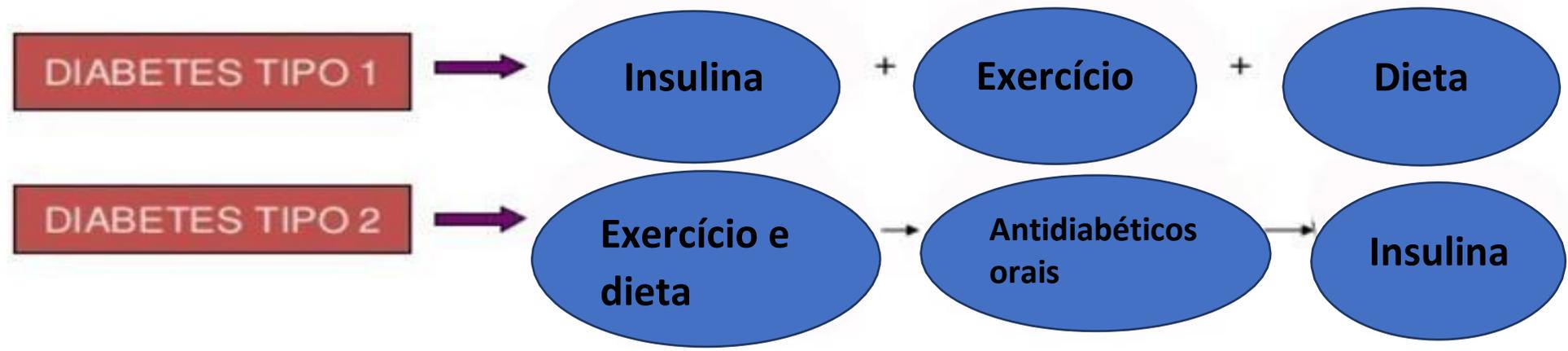
Error! Reference source not found.

Diagnóstico



Tratamento





CONCLUSÕES E DESAFIOS



Viver com o diabetes e não para o diabetes

Estilo de vida saudável

Doença silenciosa, mas perigosa

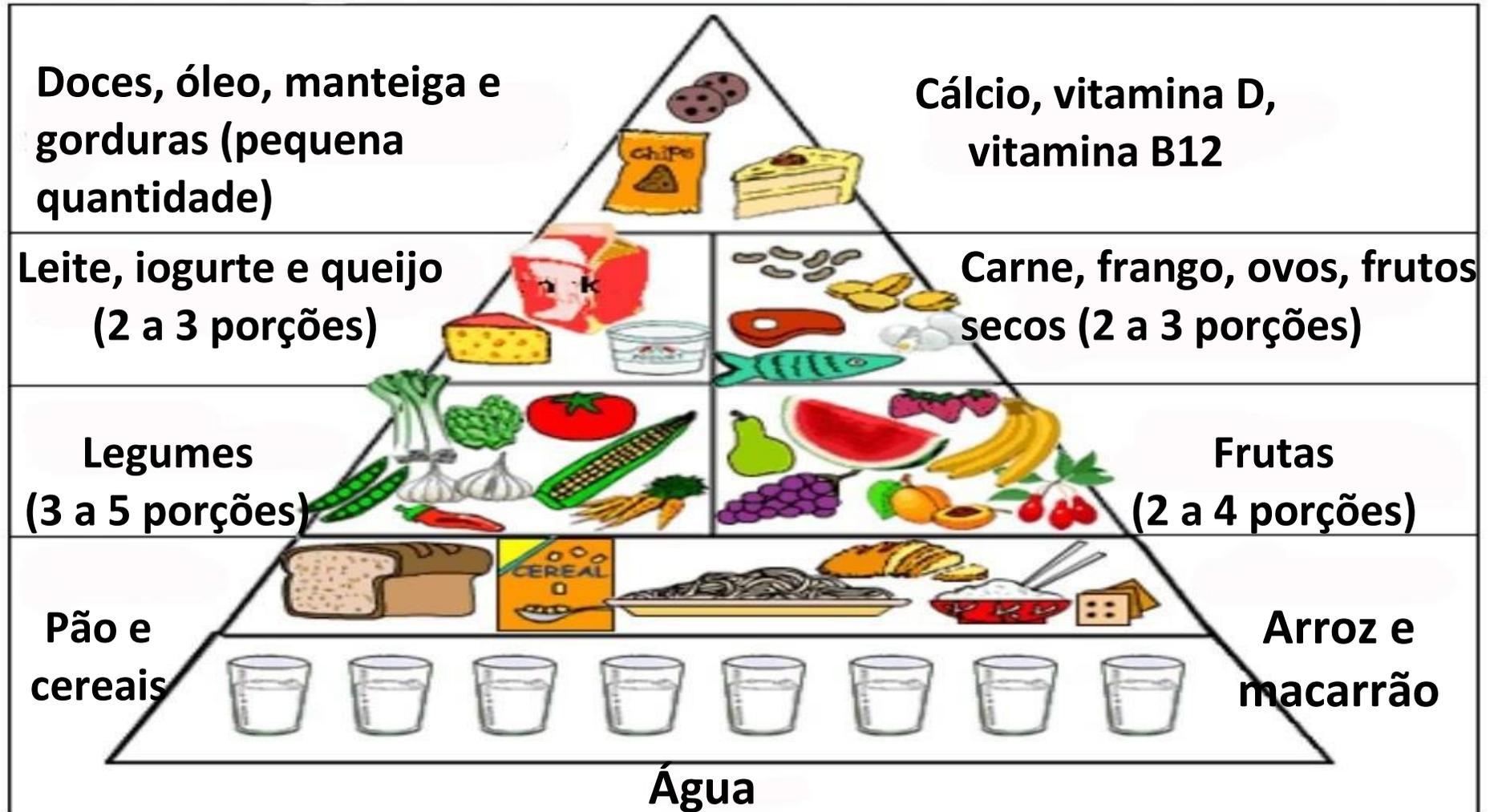


Palestras

Dieta adequada

Exercícios

Pirâmide alimentar para diabéticos



Error! Reference source not found.

A cada 3 ou 4 meses se estão estáveis ou controlados. Pacientes instáveis o com controle inadequado, avaliação frequente. Pelo menos 1 vez por ano pesquisa de complicações crônicas.

Pelo menos uma vez por ano para exames e pesquisar complicações, ou mais frequente segundo orientações.

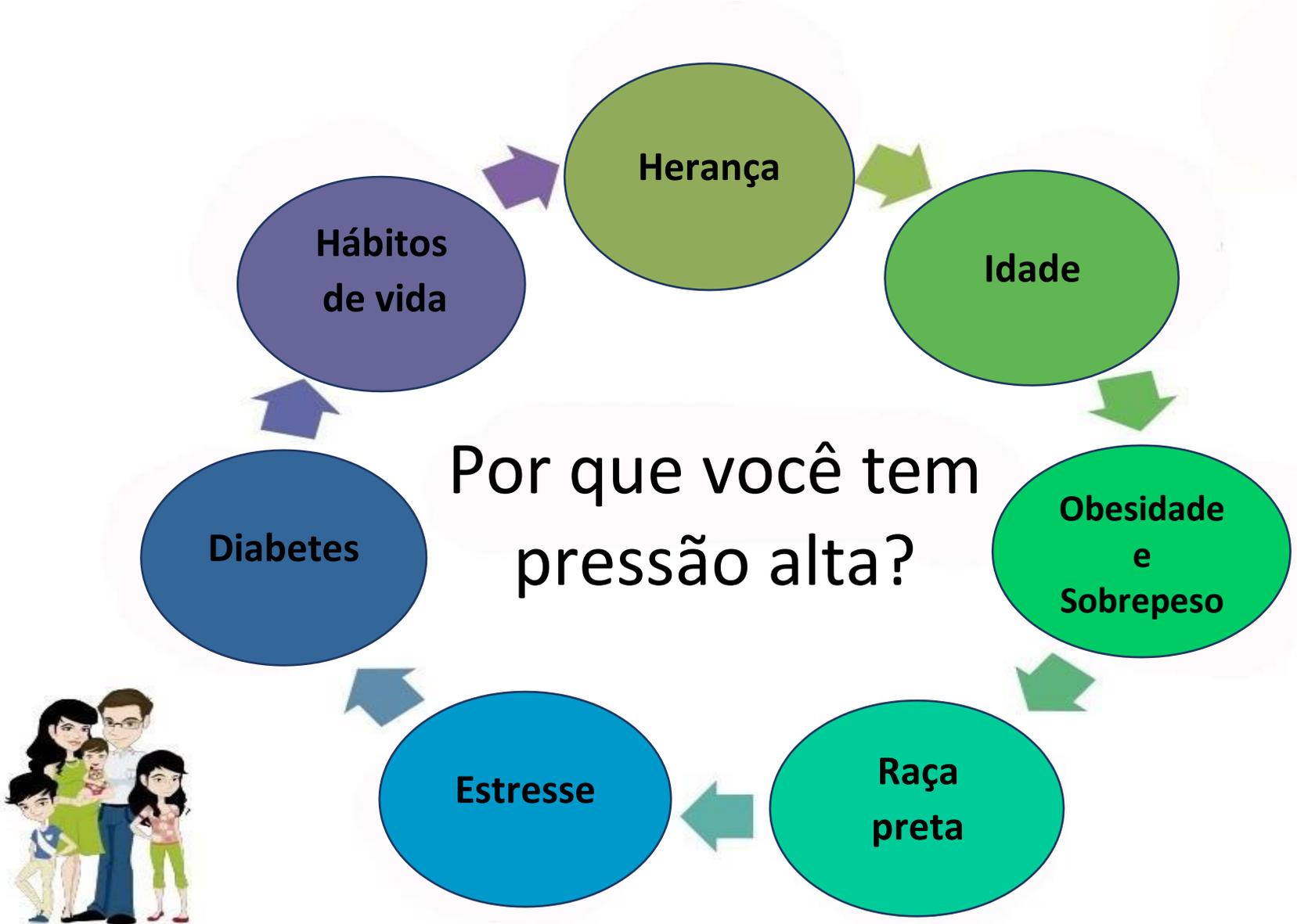
Antes da sua consulta, se tiver algum problema de saúde.

O que é Hipertensão Arterial?



A hipertensão arterial é a elevação persistente da pressão arterial acima dos valores normais definidos como normais por consenso. Foi estabelecido em **140 mmHg** para máxima ou sistólica e **90 mmHg** para a mínima ou diastólica







Por que é tão importante controlar a pressão arterial?

A pressão arterial elevada é um fator que contribui para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (coração), especialmente doenças cardíacas (ataque cardíaco, insuficiência cardíaca), acidente vascular cerebral, embolia ou insuficiência renal



Sinais e sintomas de pressão arterial alta

- Na sua maioria os pacientes hipertensos não têm sintomas, podendo ocorrer: dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, visão turva.
- Uma pessoa pode ter pressão alta durante anos sem saber disso. Durante esse tempo, a doença pode causar danos ao coração, vasos sanguíneos, rins e outras partes do corpo.



**O que podemos fazer
para baixar a pressão
arterial quando é alta?**



O que podemos fazer para baixar a pressão arterial quando é alta?

Pare de fumar

Controle seu peso

Evite o consumo excessivo de álcool

Tome os seus medicamentos

Faça exercício regularmente

Reduza o consumo de sal



**Se eu sou hipertenso, eu
tenho que tomar medicação?**



Se eu sou hipertenso, eu tenho que tomar medicação?

- **Você terá que tomar a medicação para toda a vida**

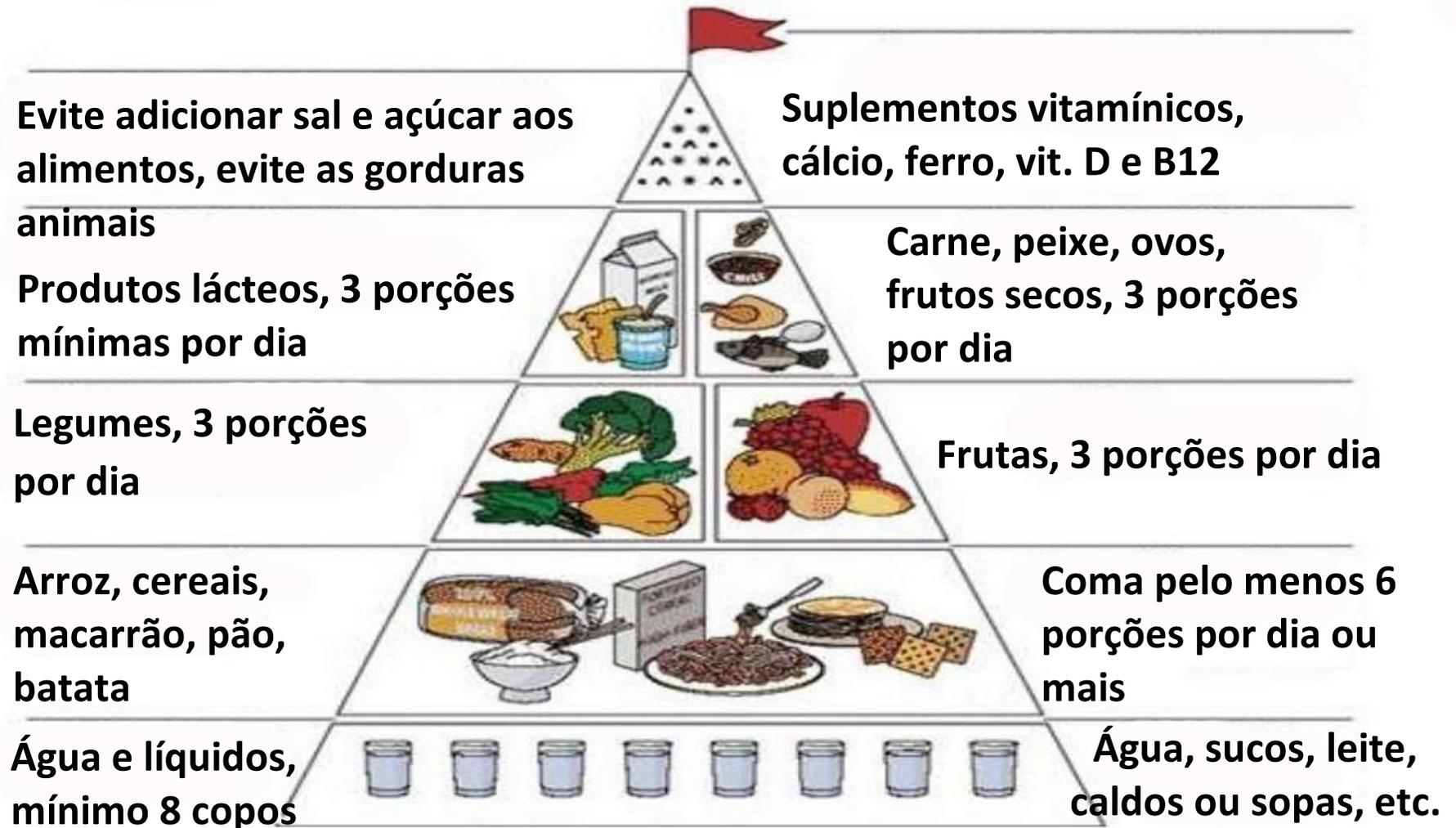




IMPORTANTE!

**Não
modifique a
dose do
medicamento**

Pirâmide alimentar para hipertensos



Error! Reference source not found.

Mensalmente, a cada 4, 6 ou 12 meses, de acordo com a orientação médica; dependendo do estágio de HA, fatores de risco, doenças associadas, controle da doença, complicações, etc.

Pelo menos uma vez por ano para exames e pesquisar complicações, ou mais frequente segundo orientações.

Antes da sua consulta, se tiver algum problema de saúde.

**Obrigado pela
sua atenção**

