

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

ORALIS SUÁREZ JORGE

**HIPERTENSÃO ARTERIAL:
ESTRATÉGIA EDUCATIVA COM PACIENTES
HIPERTENSOS MAIORES DE SESSENTA ANOS NA USF
PRINCESA ISABEL, GRAVATAÍ-RS.**

**GRAVATAÍ
2018**

ORALIS SUÁREZ JORGE

**HIPERTENSÃO ARTERIAL:
ESTRATÉGIA EDUCATIVA COM PACIENTES
HIPERTENSOS MAIORES DE SESSENTA ANOS NA USF
PRINCESA ISABEL, GRAVATAÍ-RS.**

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

Orientador: Prof. Ariadna Janice

Drumond Morais.

**GRAVATAÍ
2018**

SUMÁRIO.

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Apresentação do Profissional e do Município	4
1.2. Contextualização da Unidade Básica de Saúde	4
1.3. Apresentação e justificativa do projeto de intervenção	5
2 RELATO DE CASO CLÍNICO: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	7
3 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.	13
4 VISITA DOMICILIAR	16
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXO 2	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do Profissional e do Município.

Meu nome é Oralis Suárez Jorge, tenho 45 anos, sou cubana, graduada no ano 1996 como Médica e Especialista em Medicina Geral Integral em 2002, ambos títulos pela Universidade de Santiago de Cuba.

Trabalhei de 2004 a 2008 no "Programa Bairro Adentro" em Venezuela, e de 2010 a 2012 em Timor Leste. Atualmente trabalho no Programa Mais Médicos para o Brasil, desde agosto de 2016, atuando na USF Princesa Isabel, que esta está localizada no Distrito Sul da cidade de Gravataí - RS.

O município de Gravataí está situado na região metropolitana de Porto Alegre/RS e tem uma população de 255.660 habitantes, segundo o censo do (IBGE, 2010).

Gravataí tem um Hospital Público, um Centro Diagnóstico 24 horas, além disso, contamos com uma Unidade de Pronto Atendimento, temos também um CAPS infantil e adulto.

1.2 Contextualização da Unidade Básica de Saúde.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Princesa Isabel, conta com três equipes de saúde da família, atendendo 8.560 pessoas.

A unidade atende uma população com baixo nível sócio-econômico, maioria de idade adulta e predominam as doenças crônicas não transmissíveis. O território conta com: 1 Escola Pública, 1 Creche, e 2 Igrejas Evangélicas.

A estrutura física da USF possui: uma sala de reunião, um consultório odontológico, três consultórios médicos, três consultórios de enfermagem, uma sala de triagem, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala para armazenamento de materiais e equipamentos, uma cozinha, dois banheiros, recepção e um estacionamento asfaltado, com 3 vagas. Além disso, contamos com acesso a

internet para uso do sistema do SUS, em todos os computadores disponíveis na Unidade.

A unidade é composta por 3 equipes: Cada equipe conta com um médico um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. Além disso, integram a Unidade, um dentista, uma recepcionista e um responsável pela limpeza.

Minha equipe, corresponde à equipe 2, que abrange 5 micro-áreas, totalizando 23 ruas e 2.967 pacientes.

Pela manhã é feito um acolhimento e agendamento de atendimentos a serem realizados à tarde, nas seguintes áreas: puericultura, atenção à saúde da mulher, atenção à saúde do idoso, pré-natal, preventivo (citopatológico do colo do útero), atendimento clínico geral, visitas domiciliares e atividades de promoção e prevenção de saúde por meio de palestras educativas na USF. Semanalmente é realizada uma reunião de equipe, e de forma mensal, recebemos a supervisão do Programa Mais Médicos para o Brasil.

As problemáticas de saúde que incidem grandemente sobre a população nesta USF são: a alta incidência e prevalência de HAS, Diabetes Mellitus tipo II, e dislipidemias. Além disso, pode-se observar baixa adesão destes usuários ao tratamento não medicamentoso e às orientações nutricionais.

Verificamos que a maior parte dos atendimentos em minha área de abrangência é devida à HAS e suas comorbidades, sendo que a maioria dos pacientes hipertensos, que exigem cuidados, são os maiores de 60 anos.

Temos desenvolvido atividades, para diminuir a incidência e prevalência da HAS, como abordar diferentes temas sobre esta doença, em salas de espera, criamos um grupo de hipertensos, um grupo de caminhada, em parceria com a nutricionista do município, ela participa mensalmente em palestras, em nossa USF, fazemos discussões de casos e condutas clínicas, nas reuniões de equipe. Também realizamos agendamentos de consultas e visitas domiciliares, para um melhor controle e acompanhamento dessa doença.

1.3 Apresentação e justificativa do projeto de intervenção:

A escolha do tema de intervenção ocorreu em uma reunião da equipe no mês de junho, pelo motivo acima exposto. Decidimos realizar medidas educativas que contribuam para um comportamento mais saudável e para mudanças no estilo de vida, diminuindo assim os fatores de risco da hipertensão.

Foram identificadas várias causas que estão incidindo sobre a descompensação da HAS nos pacientes da USF, tais como: alto desconhecimento da população sobre sua doença, crenças religiosas, adesão incorreta ao tratamento e a não adoção de estilos de vida saudáveis. Além disso, fatores de risco estão presentes como: história familiar, consumo elevado de sal, obesidade, colesterol alto, idade maior de 60 anos, tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool, que influenciam negativamente para o alcance de uma maior expectativa de vida.

Esta intervenção será realizada através da formação dos profissionais e técnicos de saúde, que contribuirão com os novos conhecimentos e habilidades, para que a população atendida tenha um comportamento saudável, fornecendo informações sobre tabagismo, álcool, dieta e exercício físico, com objetivo dos pacientes controlarem os níveis de pressão arterial.

Para esta intervenção será utilizado como protocolo, o Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

2 RELATO DE CASO CLÍNICO: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

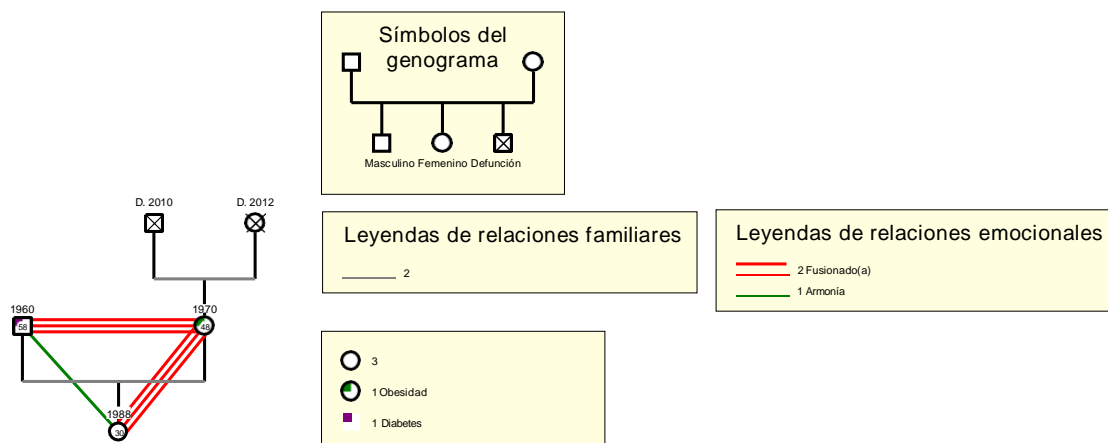
Paciente SDL de 48 anos, obesa grau I, fumante de cerca 14 cigarros por dia, ela trabalha de professora em uma escola perto de sua casa. Faz tratamento para dislipidemia há cinco meses, com sinvastatina cp.20mg 1 cp após jantar.

Moradora do bairro Vila Rica; casada com o senhor ACN de 58 anos, aposentado, com Diabetes Mellitus há 15 anos. Atualmente ela mora com o marido e a filha de 30 anos, que trabalha.

Estamos na presença de uma família nuclear, que mora em uma casa com boas condições estruturais, com sala, banheiro, dois quartos, cozinha e pátio. A higiene é adequada.. Os resíduos sólidos são armazenados em sacos e são coletados a cada quatro dias pelo caminhão do lixo.

SDL é uma paciente sedentária, e tem hábitos alimentares pouco saudáveis. Como comer comidas gordurosas, salgados, massas, carnes, poucas frutas e vegetais.

Genograma.



1ª consulta (14 de novembro de 2017)

SDL foi atendida na consulta médica. Ela está apresentando dor de cabeça frequentes, e em ocasiões dor no peito. Ela diz que apresentou esses sintomas há um mês e já foi tratada na UPA, pelo mesmo motivo, além de pressão arterial elevada.

APP: - Dislipidemia.

- Obesidade.

APF: Mãe HAS. Falecida de IMA.

Pai com HAS. Falecido também.

Alergia medicamentosa: Não apresenta

Estilo de vida: Sedentário.

Hábitos Tóxicos: 14 cigarros por dia

Medicações em uso: Sinvastatina 20 mg \ noite.

Exame Físico:

Bom estado geral. Hidratada.

Peso: 80 kg

Altura: 159 cm

IMC: 31.6 m²sc

PA: 150/95 mmhg

Temperatura: 36,5°C

Mucosas: normocoloreadas e úmidas.

Ausculta Respiratória: nada digno de nota.

Ausculta Cardíaca: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas sem sopros. BC: 90bpm.

Exame do abdômen: negativo.

Extremidades: sem edemas. Pulsos presentes e palpáveis.

Sistema nervoso: sem alterações.

Hipótese Diagnóstica: - Dislipidemia.

- Obesidade.

Conduta:

- Orientações sobre mudanças no estilo de vida (alimentação saudável, pobre em gordura, rica em frutas e vegetais).

- Realização de exercícios físicos.

- Parar de fumar.

- Oriento realizar 2 medidas mais de PA (MAPA) com intervalo de 1 semana, em sala de enfermagem e anotar no prontuário.
- Solicito exames como: Electrocardiograma, Dosagem de colesterol total, Dosagem de HDL, Cálculo do LDL, Dosagem de triglicéridos, Dosagem de glicose, Dosagem de creatinina, Urina, Dosagem de potássio, Fundoscopia.
- Encaminhamento para consulta da nutricionista.
- Agendo próxima consulta dentro de 15 dias.

2ª consulta (28 de novembro de 2017)

A paciente volta à consulta com as anotações da PA no prontuário, sendo elevadas. Hoje assintomática.

Dia 14\11\2017 --- 150\95 mmhg.

Dia 21\11\2017 --- 150\99 mmhg.

Exame Físico (+).

PA: 150-95 mmhg.

Peso: 80 kg.

Hipótese Diagnóstica: - Hipertensão arterial Estágio I.

Segundo o preconizado no caderno de atenção básica No. 37, se realiza o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica após 3 medidas de PA maior ou igual a 140/90mmHg, em dias diferentes com 1 semana de diferença como média entre cada uma das tomadas.

Foi dado diagnóstico de Hipertensão arterial estágio I, seguindo a classificação da Sociedade Brasileira de Cardiologia da VI Diretriz brasileira de Hipertensão Arterial.

- Obesidade Grau I.
- Dislipidemia.

Conduta:

- Oriento cumprir com as orientações dadas pela nutricionista, assim como a prática de exercícios físicos.
- Parar de fumar.

- Indico tratamento medicamentoso com Hidroclorotiazida 25mg, 1 comp. ao dia e captopril 25mg, 1 comp. ao dia.
- Medir pressão na próxima semana e anotar no prontuário.
- Aguardo resultados dos exames.
- Agendo consulta em 15 dias e medir PA em sala de enfermagem e anotar no prontuário.

3ª Consulta (12 dezembro de 2017).

Volta à consulta com exames laboratoriais solicitados. Não refere sintomas.

Exame físico:

PA: 140-85 mmhg.

Peso: 78.8 kg.

Exames laboratoriais:

- Glicemia de jejum: 90 mg/dl
- Colesterol total: 300 mg/dl
- Colesterol HDL: 38 mg/dl
- Colesterol LDL: 150 mg/dl
- Triglicerídeos: 210 mg/dl
- Creatinina: 0,3 mgdl
- Sumario de Urina: normal
- Dosagem de potássio: 3,4 mmoll
- ECG: ritmo sinusal, BC 90 bpm
- Exame de fundo do olho: normal

Hipótese Diagnóstica: - Hipertensão arterial Estagio I compensada.

-Obesidade Grau I.

-Dislipidemia mista.

Conduta:

- Continuar com o tratamento medicamentoso, assim como melhorar o estilo de vida.
- Sinvastatina: 2 comp à noite.
- ASS 100mg: 1cp ao dia.

- Agendo consulta em 15 dias.

4ª consulta(26 de dezembro 2017)

Paciente assintomática, com adesão ao tratamento.

Exame físico:

PA – 130\80 mmhg.

Peso – 78 kg.

Hipótese Diagnóstica: -Hipertensão arterial Estagio I compensada.

-Obesidade Grau I.

-Dislipidemia mista.

Conduta:

- Orientações sobre mudanças no estilo de vida (alimentação saudável, pobre em gordura, rica em frutas e vegetais).
- Realização de exercícios físicos.
- Parar de fumar.
- Hidroclorotiazida 25mg, 1 comp. ao dia.
- Captopril 25mg, 1 comp ao dia.
- Sinvastatina: 2 comp à noite.
- ASS 100mg: 1cp ao dia.
- Acompanhamento quadrimestral.

Mediante o estudado até momento e a literatura revisada comprovei que mudanças no estilo de vida são muito importantes para redução da pressão arterial. Estudos demonstraram que: uma dieta rica em frutas, verduras e grãos, incluindo derivados desnatados do leite, peixe, legumes, aves e carnes magras, podem manter os níveis adequados de pressão arterial em adultos (Olmos; Benseñor, 2001).

Em estudos realizados se comprovou que baixa ingestão de sódio comparada a alta ingestão de sódio diminuiu os níveis de pressão arterial (MEDICINANET, 2009).

Em outras revisões realizadas encontramos que mediante a realização de exercícios físicos, se possibilitou um controle adequado da pressão arterial e melhor qualidade de vida (DC Bündchen, IC schenkel, RZ Santos, 2013).

3 PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

A atenção primária a saúde deve ser a porta de entrada para os pacientes que necessitem de acompanhamento psiquiátrico. Pela proximidade da unidade de saúde a esses pacientes, se torna vital o vínculo da equipe para atender as demandas. Fazer parte da rotina das USF de todo Brasil o cuidado dos pacientes que apresentam transtornos ou sofrimentos psíquicos, sendo importante para o médico generalista ter conhecimento de como manejar esses pacientes (BRASIL, 2013).

A saúde mental não está dissociada da saúde geral. Por isso precisamos reconhecer que em queixas relatadas pelo pacientes, estão presentes algumas demandas de saúde mental (BRASIL, 2013).

Quando comecei a trabalhar em minha USF, encontrei uma problemática bem preocupante em minha população: a elevada demanda de pessoas com algum tipo de necessidade de atendimento psicológico, além disso, o uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.

Em visitas domiciliares também atendemos um número significativo de pacientes com diagnósticos ou com sintomas sugestivos de patologias mentais, por exemplo: depressão, ansiedade, esquizofrenia e transtorno bipolar.

Tempo depois, verifiquei que existem dificuldades no trabalho de promoção de saúde da equipe, principalmente no relacionado com a saúde mental dos usuários.

A maioria dos trabalhadores da unidade não conhecem que é muito importante promover saúde mental em todas as pessoas, que o enfoque da saúde mental não é apenas ligado à doença mental, pois assim só se cuidará da saúde mental quando existir a doença mental instalada, coincidindo com a literatura revisada. (De Moliner, 2013).

A falta de preparação sobre o tema, também implica que alguns dos trabalhadores das unidades de saúde têm medo de lidar com pessoas com transtorno mentais.

Também pode apreciar que um grupo considerável de pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, foram mais suscetíveis a desenvolver transtornos na saúde mental que o resto dos usuários.

Para fazer ações de promoção e prevenção de saúde, conversamos com a equipe de saúde para elaborar um plano de ações com o fim de resolver as dificuldades encontradas e conseguir melhorar o atendimento à saúde mental da população do território, além disso, busquei apoio da Nutricionista, e Psicóloga.

Foram organizadas atividades de prevenção, educação e promoção de saúde, como: participação em cursos de capacitação profissional em saúde mental com a formação de habilidades, se formarem equipe de caminhada, a nutricionista, assiste a primeira quarta-feira de cada mês, a realizar palestras em nosso posto, o psicólogo realiza sua palestra as primeiras terças-feiras de cada mês, além disso se realizam palestras na sala de espera do posto, onde se fala sobre: prática regular de exercícios físico e caminhadas, alimentação saudável rica em vegetais e frutas, redução ou abandono da ingestão de álcool, dieta hipossódica, além de trabalhar com o fator ansiedade e o consumo abusivo de ansiolíticos, com a utilização de medicina natural e tradicional para diminuir ansiedades em forma de chá, tal como de Passiflora, Manjericao, Camomila, modificação de fatores de risco tais como: tabagismo, dislipidemias, estresse.

As ações tomadas para melhorar a saúde mental devem ser encaminhadas a promover mudanças nas formas e estilos de vida dos pacientes e não só para curar doenças (BRASIL, 2013).

Revisamos a agendas de consultas e visitas domiciliares, para fazer uma programação melhor destes pacientes.

A meta de nosso posto de saúde é revisar minuciosamente, a conduta terapêutica, dos pacientes em uso crônico de medicamentos controlados como, ansiolíticos e antidepressivos e iniciar a retirada gradual em que o fármaco não é mais necessário. Será usada essa estratégia de retirada gradual, pois se demonstrou mais eficiente do que a troca para um fármaco com meia vida menor (PARR, 2009).

Também precisamos ter uma conversa com a gestão municipal, e explicar a necessidade da constituição dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de um melhor acompanhamento de esses pacientes com diversas patologias.

Depois de tomar essas medidas, estamos assegurando um atendimento de maior qualidade e diminuindo as demandas de pessoas com transtornos mentais.

Os profissionais da minha equipe, continuamos trabalhando, para que nossa população tenha uma vida mais saudável.

4 VISITA DOMICILIAR

É responsabilidade das equipes de atenção básica atender os cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Necessidades que tem algumas pessoas em acessar aos serviços de saúde, pela distancia do serviço de saúde, devido ao seu estado de saúde, o que pode impedir que a pessoa o alcance. Exigindo que a assistência seja a nível domiciliar. (BRASIL, 2012).

As visitas domiciliares permitem a cada equipe, conhecer cada família pela qual são responsáveis, suas características socioeconômicas, culturais, epidemiológicas. Ajuda na identificação dos problemas de saúde, situações de risco e vulnerabilidade nos pacientes da comunidade, fortalece a relação médico-paciente, além de realizar ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação de sequelas.

A primeira coisa para realizar cuidados domiciliares, é reconhecer o território de abrangência, esta ação é realizada pelos agentes comunitários da equipe de saúde.

Depois identificamos os pacientes com critérios para a realização de visitas domiciliares, onde podemos encontrar RN com menos de 7 dias, puerpério imediato, pós-operatório, pacientes crônicos acamados, doentes mentais, pacientes com doenças crônicas que vivem sozinhos, pesquisa ativa de pacientes com vulnerabilidades, pacientes em estágios terminais de alguma doença, entre outros. Em geral, pacientes que vão estar impossibilitados de se deslocar até o serviço de saúde.

Na minha USF, as visitas domiciliares são feitas às quintas-feiras no turno da tarde, com equipe de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, conforme as demandas dos familiares dos pacientes ou pela solicitude dos agentes comunitários ou enfermeiras da unidade.

Visitas Domiciliares na USF: Princesa Isabel.

Se realizo uma visita domiciliar, o dia 08/03/2018, às 3:30 da tarde, solicitada pelo agente de saúde da comunidade à paciente SSM, de 75 anos de idade, que mora na Rua: Lagoa Formosa 465, Bairro: Vila Rica, que vive sozinha e tem uma história

de Hipertensão Arterial Sistêmica, para a qual está fazendo tratamento com Captopril de 25 mg, 1 comprimidos três vezes por dia, sem outro medicamento. A visita foi feita com o consentimento prévio da paciente e do cuidador, que é sua filha que vive perto dela.

Quando chegamos fomos acolhidos pela filha da paciente, que já aguardava pela visita domiciliar agendada, onde fomos levados para o quarto onde ficava deitada a paciente.

A Sra. SSM e sua filha nos receberam muito bem. Nós observamos que as condições higiênicas da casa são boas, que a relação entre a Sra. SSM e sua filha é muito boa.

Durante a anamnese realizada na paciente, verificamos que ela está orientada, que tem conhecimentos de seu estado de saúde, nos falou que estava cumprindo com o tratamento. Além disso, relata que apresenta dores na coluna lombar por ficar o maior tempo deitada na cama.

Realizei o exame físico na paciente, onde encontrei níveis alterados de pressão arterial apesar de ter tomado a medicação, PA 150/100 mmHg, FR 18 bpm, FC 88 bpm, à palpação e movimentação da coluna lombar apresenta muita dor, se alimenta bem, a outra parte do exame físico não apresentou alterações.

A equipe define metas para seu seguimento a curto prazo:

A equipe de saúde, com o consentimento prévio do paciente e o cuidador, planejou um conjunto de atividades.

- Referido ao tratamento: reajuste o tratamento do paciente, adicionei Hidroclorotiazida 25 mg 1 comprimido de manhã, e Paracetamol (500 mg) 01 cp 8/8 horas por 5 dias para aliviar o dor. Manter o Captopril de 25 mg, 1 comprimidos três vezes por dia.
- Solicitei exames complementares: hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total, triglicérido, urina, ureia, creatinina, ácido úrico e enzimas hepáticas.

Orientamos ao cuidador no cuidado a ser realizado com o paciente diariamente: nutrição, higiene pessoal, administrar os medicamentos conforme a receita, informar

a equipe a situação do paciente e solicitar a VD se necessário, assim como dar apoio psicológico ao paciente.

Orientamos sobre a realização de exercícios ligeiros, dieta sem sal e baixa em carboidratos, comer vegetais, consumo abundante de líquidos.

Agendamos consultas a cada 3 meses.

Realizar visitas domiciliares com mais frequência.

Divisão de Responsabilidades:

O ACS fará visitas domiciliares a cada semana para verificar se a Dona SSM continua seu tratamento medicamentoso adequadamente, com os reajustes que foram feitos.

A médica avaliará os resultados dos exames complementares quando estiverem prontos.

A equipe continuara realizando as consultas e visita domiciliar sempre que sejam agendadas.

Reavaliação:

Cada semana na reunião da equipe será avaliada o seguimento do caso e como é o estado de saúde da paciente nesse momento.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.

O curso de Especialização em Saúde da Família, para os profissionais que fazem parte do Programa Mais Médicos é de muita utilidade, pois este curso oferece ferramentas necessárias para o profissional em atenção primária.

Quando comecei a trabalhar no Brasil, já tinha experiência de trabalho em atenção primária em meu país, mas o Sistema Único de Saúde neste é algo novo para mim.

O trabalho em equipe é muito importante o que me fiz aprender em toma de decisões em conjunto, a realização de reuniões para intercâmbio de conhecimentos, o planejamento da agenda do trabalho é uma ferramenta muito importante que contribui a dar um melhor atendimento aos pacientes.

Algo novo para mim também foi a educação à distância, no começo foi difícil, porque nunca participei de um curso pela Internet, numa plataforma que exige muita prática. Enquanto a segunda parte foi focada nas demandas clínicas mais comuns que avaliamos na nossa prática dia a dia, algo que me ajudou no meu crescimento como profissional.

O Eixo 1, forneceu ferramentas importantes, que me ajudarem em meu trabalho na gestão das atividades da Estratégia de Saúde da Família, como o registro individual do paciente, o que me ajudou a monitorar adequadamente os pacientes com doenças crônicas e não transmissíveis.

O e-SUS foi uma ferramenta nova para mim, aprendi o uso dele, para alimentar a base de dados nacional.

No Eixo 1 também foi estudado a construção da agenda profissional. A organização da agenda profissional tem um impacto positivo nos atributos da APS, favorecendo a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde pelos pacientes. Também através da agenda, as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pacientes e famílias são articuladas. Uma agenda mal organizada pode deixar para segundo plano pacientes que precisam de acompanhamento contínuo.

O uso de tecnologias informáticas para a organização de nosso trabalho, como o Geno-pro para fazer o genograma e o Google Earth para georreferenciamento e territorialização, foram ferramentas interessantes e úteis.

O Eixo 2 foi muito útil porque me ajudou a consolidar os conhecimentos sobre doenças crônicas não transmissíveis e os protocolos de tratamento e seguimento delas, fornecendo informações atualizadas para um melhor controle.

Este curso de especialização me proporcionou crescimento profissional, permitindo-me oferecer cuidados médicos com maior qualidade.

Pelo que considero este curso uma ferramenta fundamental para o trabalho dos profissionais de atenção primária.

Os conhecimentos obtidos serão úteis para melhorar os indicadores de saúde de nossa área e contribuirá para a mudança de estilos de vida, diminuindo a incidência e a prevalência de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DC Bündchen, IC schenkel, RZ Santos. EXERCÍCIO FÍSICO CONTROLA PRESSÃO ARTERIAL E MELHORA QUALIDADE DE VIDA. Rev Bras Med Esporte – Vol. 19, No 2 – Mar/Abr, 2013.

De Moliner, Juliane. Brum Lopes, Stella Maris. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

FA Euclides, RD Olmos. Restrição de sal na hipertensão resistente. 2009. Disponível em
<http://medicinanet.com.br/conteudos/artigos/2460/restricao_de_sal_na_hipertensao_resistente.htm>. Acesso em: 22/11/2009.

IBGE 2010 Dados estadísticos de Gravataí.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília – DF. 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção. Domiciliar. Volume 1. Brasília – DF. 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Olmos RD, Benseñor IM. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH. Rev Bras Hipertens, v 8: 221-4, 2001.

PARR JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a metaanalysis. Addiction 2009;104:13-24.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes

Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Hipertensão, [S.l.], v. 13, ano 13, p. 1-51, jan./fev./mar. 2010.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

ORALIS SUÁREZ JORGE

**HIPERTENSÃO ARTERIAL:
ESTRATÉGIA EDUCATIVA COM PACIENTES
HIPERTENSOS MAIORES DE SESSENTA ANOS NA USF
PRINCESA ISABEL, GRAVATAÍ-RS.**

GRAVATAÍ.

2017

RESUMO

É preciso ter em mente que a motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais da saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. A Unidade de Saúde da Família Princesa Isabel é responsável pelo atendimento de 856 famílias que residem em sua área de abrangência, com uma população de 2967 pacientes, dos quais 567 apresentam HAS. Após realizar uma análise, foram identificadas várias causas de HAS, tais como: o alto desconhecimento da população sobre sua doença, a falta de adesão ao tratamento e a não modificação dos estilos de vida, além de fatores de risco como história familiar, consumo de sal, obesidade, colesterol alto, idade acima de 60 anos, tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool. Decidiu-se fazer uma intervenção educativa na comunidade. A pressão arterial dos pacientes incluídos nesta pesquisa será monitorada antes e depois da intervenção, para avaliar o efeito da intervenção educativa. Será realizado um trabalho intenso para modificar o estilo e melhorar a qualidade de vida.

Palavras chaves: Hipertensão. Fatores de risco. Intervenção educativa.

LISTA DE ABREVIATURA

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CBHA	Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial
DBH	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 PROBLEMA	7
3 JUSTIFICATIVA	8
4 OBJETIVOS	9
4.1 OBJETIVO GERAL	9
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
6 MÉTODOS	14
7 CRONOGRAMA	15
8 RECURSOS NECESSÁRIOS	16
8.1 RECURSOS HUMANOS	16
8.2 RECURSOS METERIAIS	16
9 RESULTADOS ESPERADOS	17
REFERÊNCIAS	18
ANEXOS	20

1 INTRODUÇÃO

O município de Gravataí está situado na região metropolitana de Porto Alegre/RS e tem uma população de 255.660 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,736 e uma expectativa de vida de 76,74 anos (IBGE, 2010).

A Unidade de Saúde da Família (USF) Princesa Isabel, está localizada no Distrito Sul da cidade de Gravataí e conta com três equipes de saúde da família, atendendo 8.560 pessoas. Minha equipe, corresponde à equipe 2, que abrange 5 micro-áreas, totalizando 23 ruas e 2.967 pacientes.

A estrutura física da USF possui: uma sala de reunião, um consultório odontológico, três consultórios médicos, três consultórios de enfermagem, uma sala de triagem, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala para armazenamento de materiais e equipamentos, uma cozinha, dois banheiros, recepção e um estacionamento asfaltado, com 3 vagas. Além disso, contamos com acesso a internet para uso do sistema do SUS em todos os 9 computadores disponíveis na Unidade.

A unidade é composta por 3 equipes: Cada equipe conta com um médico um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. Além disso, integram a Unidade, um dentista, uma recepcionista e um responsável pela limpeza.

Pela manhã é feito um acolhimento e agendamento de atendimentos a serem realizados à tarde, nas seguintes áreas: puericultura, atenção à saúde da mulher, atenção ao idoso, pré-natal, preventivo (citopatológico do colo do útero), atendimento clínico geral, visitas domiciliares e atividades de promoção e prevenção de saúde por meio de palestras educativas na USF. Semanalmente é realizada uma reunião de equipe, e de forma mensal, recebemos a supervisão do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Verificamos que a maior parte dos atendimentos em nossa USF é devida às doenças crônicas não transmissíveis, como HAS e suas comorbidades, sendo que a

maioria dos pacientes hipertensos, que exigem cuidados, são os maiores de 60 anos.

A escolha do tema de intervenção ocorreu em uma reunião da equipe no mês de junho, pelo motivo acima exposto. Decidimos realizar medidas educativas que contribuam para um comportamento mais saudável e para mudanças no estilo de vida, diminuindo assim os fatores de risco da hipertensão.

Para esta intervenção será utilizado como protocolo, o Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

2 PROBLEMA

Níveis elevados de pressão arterial em pacientes hipertensos maiores de 60 anos, na USF Princesa Isabel.

3 JUSTIFICATIVA

Foram identificadas várias causas que estão incidindo sobre a descompensação da HAS nos pacientes da USF, tais como, alto desconhecimento da população sobre sua doença, crenças, adesão incorreta ao tratamento e a não adoção de estilos de vida saudáveis. Além disso, fatores de risco estão presentes como: história familiar, consumo elevado de sal, obesidade, colesterol alto, idade maior de 60 anos, tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool, que influenciam negativamente para o alcance de uma maior expectativa de vida.

Esta intervenção será realizada através da formação dos profissionais e técnicos de saúde, que contribuirão com os novos conhecimentos e habilidades, para que a população atendida tenha um comportamento saudável, fornecendo informações sobre tabagismo, álcool, dieta e exercício físico, com o objetivo de os pacientes controlarem os níveis de pressão arterial.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Orientar os pacientes hipertensos, maiores de 60 anos, da Unidade de Saúde da Família Princesa Isabel, para melhorar o nível de conhecimento da sua doença.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a equipe de saúde para realizar as atividades previstas.
- Realizar atividades de educação direcionadas à promoção de saúde da população sobre um estilo de vida saudável.
- Promover melhorias na alimentação e estimular a prática de atividades físicas diárias.
- Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos maiores de 60 anos sobre sua doença.
- Avaliar o impacto das ações de promoção de saúde realizadas durante a intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada tanto uma doença como um fator de risco, sendo um desafio para saúde pública, porque a doença cardiovascular é a primeira causa de morte no Brasil. (PIERIN, 2010).

Tabela 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

Classificação	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura (VI DBH 2010).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia define a HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DBH 2010).

A HAS também pode ser conceituada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. Na prática, a HAS é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos acima do que é recomendado para uma determinada faixa etária (MEDICINANET, 2010).

A hipertensão arterial (pressão alta) é uma das doenças de maior prevalência na população mundial. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% tem hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). A SBH estima que 5 % da população com até 18 anos tenha hipertensão (III CBHA, 2008).

As “irregularidades” da pressão arterial se devem a fatores associados ao estresse, sedentarismo, consumo de álcool, obesidade e outros (WALLACE; GREINER, 2006). Dentre as causas de hipertensão primária, o sedentarismo e os maus hábitos alimentares figuram como uma das principais razões. Também o excesso de consumo de sal na alimentação, a ingestão de comidas gordurosas e a falta de atividade física, contribuem para o aparecimento da mesma (FAUCI et al, 2008).

“A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde” (VI DBH, 2010).

Considera-se a HAS como um importante problema de saúde pública e da atenção básica, dada a sua elevada prevalência na população e a sua incidência cada vez maior, por ser causa de efeitos adversos à saúde e grande número de complicações e mortes. Por isso precisa de atenção diferenciada, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, com ações de prevenção, promoção, monitoramento e controle (MEDICINANET, 2010).

De acordo com ROSÁRIO et al. (2009), ainda que o controle da hipertensão arterial seja importante para redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, apenas um terço da população tem sua pressão controlada. Segundo os autores, o

desenvolvimento de tecnologias medicamentosas contribuiu pouco para melhorar o controle da doença.

A relação médico/paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento e conseqüentemente aumentar o controle da hipertensão arterial. O esquema anti-hipertensivo deve manter a qualidade de vida do paciente, de modo a estimular a adesão às recomendações prescritas (KOHLMANN et al., 2010).

6 MÉTODOS

Para este estudo contamos com um universo populacional de 2.967 pessoas, das quais tomaremos como amostra, 130 pacientes hipertensos e maiores de 60 anos, cadastrados até este momento, os quais serão nosso objeto de estudo.

Primeiro momento:

Realizar uma reunião com todos os membros da equipe, onde será exposto o projeto para informá-los sobre os objetivos, métodos e resultados esperados, em especial com os agentes comunitários de saúde (ACS), por seus conhecimentos sobre a comunidade na qual se encontram nossos pacientes.

Segundo momento:

Realização do levantamento de recursos. Os materiais serão organizados pela equipe de saúde. Será solicitado à gestão regional, a disponibilização dos Cadernos de Atenção Básica e as fichas de acompanhamento. Capacitação da equipe.

Terceiro momento:

Convidar os pacientes cadastrados, hipertensos maiores de 60 anos, nas visitas domiciliares, pelos ACS, para a participação dos mesmos no projeto.

Realizaremos uma palestra com as pessoas que aceitarem participar do projeto. As pessoas serão informadas das ações a serem realizadas, como palestras e dinâmicas grupais. A equipe fará a descrição do projeto de intervenção, seu objetivo e importância, conversando com os pacientes sobre a sua participação. Pretendemos obter uma melhor aprendizagem dos diferentes temas sobre hipertensão para influenciar na modificação de atitudes a respeito do tema.

Aplicação de um questionário de forma anônima sobre o tema, com o objetivo de determinar os conhecimentos desses pacientes (anexo 1 – questionário inicial).

Quarto momento:

Uma vez analisados os resultados, traçaremos uma estratégia educacional com os temas que serão trabalhados com os pacientes. A intervenção será realizada quinzenalmente. Os temas que serão abordados estão descritos na Tabela 2, abaixo:

Tabela 2- Temas relacionados à hipertensão que serão abordados nas palestras aos pacientes hipertensos.

	TEMAS	PALESTRANTES
1	Conceito de hipertensão arterial	Médico
2	Hábitos de Vida Saudáveis: <ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco, sobrepeso e obesidade, prática de exercícios físicos e maneiras de evitar o sedentarismo; • Orientar aos pacientes sobre dieta hipossódica, baixa em gordurosos. • Trabalhar com o tema Stress e Qualidade de Vida. 	Equipe Nutricionista
3	Adesão e motivação ao tratamento.	Medico
4	Evitar complicações ocasionadas pela hipertensão arterial.	Medico

Fonte: elaborado pela autora, 2017.

Durante as reuniões os participantes poderão expor diferentes aspectos relacionados aos temas, experiências vividas ou conhecidas e intercâmbio de opiniões. Em cada encontro se realizará medição da pressão arterial. Além disso, se programarão as consultas e visitas domiciliares.

Quinto momento:

Realizar-se-ão discussões nas quartas-feiras durante a reunião de equipe, lideradas pelo médico e enfermeira, com todos os envolvidos na capacitação para monitoramento e avaliação do projeto.

Sexto momento:

Três meses após a intervenção, propõe-se a aplicação de um novo questionário aos pacientes requerendo suas opiniões a respeito dos encontros (Anexo 2: Questionário Final).

Sétimo momento:

Análise e discussão dos resultados obtidos, para chegar a conclusões e recomendações.

7. CRONOGRAMA

AÇÕES	Nov/ 17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai /18
Primeiro Momento	X						
Segundo momento	X	X					
Terceiro Momento		X	X				
Quarto momento				X	X	X	
Quinto Momento				X	X	X	X
Sexto Momento							X
Sétimo momento							X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por dois ACS, dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro e um médico.

8.2 RECURSOS MATERIAIS

- ✓ Manual Técnico de Atenção aos hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde – 2013.
- ✓ Fichas individuais complementares
- ✓ Esfigmomanômetro
- ✓ Balança antropométrica
- ✓ Tinta para impressora
- ✓ Resma de Papel A4
- ✓ Caixa de Canetas
- ✓ Impressora
- ✓ Computador

9 RESULTADOS ESPERADOS

Através deste projeto e da participação ativa da equipe e dos membros da comunidade envolvidos, pretende-se que o público alvo adquira conhecimentos sobre o tema e receba orientações adequadas, contribuindo assim com a diminuição da pressão arterial, da incidência e da prevalência de suas complicações.

Se pretende também, reforçar a relação equipe de saúde-paciente, destacando que o papel deste deve ser ativo, tornando-se responsável pela sua própria saúde, bem como se espera que as pessoas participantes se tornem multiplicadoras dos conhecimentos adquiridos na comunidade.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes Mellitus – DM PROTOCOLO. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília – 2001.
- FAUCI, ANTHONY S, et al. Harrison Medicina Interna. Rio de Janeiro: 17ª edição, volumen2, McGraw-Hill, 1549-15622008.pg.
http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. IBGE 2010 Dados estatísticos de Gravataí.
- KOHLMANN JR, Osvaldo et al. Tratamento medicamentoso. J. Bras. Nefrol, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 29-43, Sept. 2010 .
- MEDICINANET. ispo vel em:
<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília – DF. 2013.
- PIERIN, ANGELA M.G. et al. Revista Brasileira de Hipertensão: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diagnóstico e classificação. Rio de Janeiro: v.17, n.1, p.11-17, 2010.
- ROSARIO, Tânia Maria do et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 93, n. 6, p. 672-678, Dec. 2009 .
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. WALLACE M, GREINER P. Development, implementation and evaluation of a geriatric nurse education program. J ContinEducNurs 2006; 37 (5): 214-217. III Consenso Brasileiro de Hipertensão arterial, V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial. ABC.MED.BR,2008.Hipertensão arterial.Disponível em
[:http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm](http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm).

ANEXOS**ANEXO 1****Questionário inicial:**

1. Aceita participar no estudo?

-Sim: -----

-Não: -----

2. Nome e sobrenome: -----

-Idade: -----

-Sexo: -----

-Escolaridade: -----

3. Você faz tratamento para a hipertensão?

-Dieta: -----

-Sim: -----

-Não: -----

-Medicamentos utilizados:

4. Com que frequência toma o medicamento?

-Sempre: -----

-De vez em quando: -----

5. Você conhece os danos que provoca a hipertensão arterial?

-Sim-----

-Não: -----

6. Quantas vezes que tem ido ao centro de saúde nos últimos 3 meses por aumento da pressão arterial: -----

7. Possíveis causas que têm ocasionado os aumentos dos níveis de pressão arterial:

-Abandono de tratamento: -----

-Não faz a dieta: -----

-Falha do tratamento: -----

ANEXO 2

Questionário final:

1. Como você considera seu nível de conhecimentos a respeito da hipertensão arterial após os encontros?

-Alto: ----

-Médio: ----

-Baixo: -----

2. Você gostou de participar nas atividades educativas?

-Sim: -----

-Não: -----

3. Um melhor conhecimento da doença por parte da população teria melhor efeito para evitar o aumento do número de pessoas hipertensas:

- Sim: ----

- Não: -----

4. Você foi capaz de compreender a importância do tratamento da hipertensão arterial para evitar complicações durante toda a vida?

-Sim: -----

-Não: -----