UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Yalena Ravelo Reina

Intervenção educativa para melhorar a atenção à saúde do hipertenso, na ESF Mundo Novo, Novo Hamburgo/RS

Porto

Alegre 2018

Yalena Ravelo Reina

Intervenção educativa para melhorar a atenção à saúde do hipertenso, na ESF Mundo Novo, Novo Hamburgo/RS

Trabalho de conclusão do curso de especialização baseado em uma estratégia de intervenção para melhorar a atenção à saúde do hipertenso, na ESF Mundo Novo, Novo Hamburgo/RS.

Tutor (a): Prof. Giovana Bacilieri Soares

Porto

Alegre 2018

DEDICATÓRIA

Dedico o Trabalho de Conclusão do Curso a Deus, a minha mãe, a meus filhos e esposo. A Deus por estar sempre a meu lado, cuidar-me e dar-me forças para continuar, a minha mãe quem me educou, cuidou e apoia em todo momento, os meus filhos, por ser exemplo e amar-me, sem importar-lhes a distância, e a meu esposo quem deposita toda sua confiança em mim em cada novo desafio sem duvidar de minha inteligência e capacidade. Vocês são o mais importante na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho e o resultado do esforço conjunto de todos os que formamos a equipe. Por isso agradeço a todos em especial ao Enfermeiro. SCHIAVON, Dionatan Einhardt.

As minhas tutoras ás quais devo grande parte dos meus conhecimentos, graças pela paciência e ensino.

Finalmente, um eterno agradecimento a esta prestigiosa universidade, a qual abriu suas portas a médicos estrangeiros como eu, preparando-nos para um futuro competitivo e formando-nos como pessoas de bem.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO----------6
2. ESTUDO DE CASO CLINICO ----------9
2.1 RELATO DO CASO----------9
2.2 DISCUSSÃO DO CASO ---------- 10
2.3 CONCLUSSÕES ---------- 15
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO ---------- 17
4. VISITA DOMICILIAR ---------- 23
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA ---------- 27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS---------- 29
ANEXOS ----------31
ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENÇÃO----------31
ANEXO 2 CARTAZ E CADERNETA DE HIPERDIA ----------62

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Yalena Ravelo Reina, cubana, integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil, formada em medicina na Universidade de Ciências Médicas Carlos J. Finlay (Camagüey – Cuba), no ano 2005, Especialista de primeiro grau em Medicina Geral Integral desde o 2009, Diploma em Cuidados Intensivos e Emergências Médicas.

No ano de 2006 trabalhei no Estado Plurinacional de Bolívia, na missão médica na área de Emergência e posteriormente como Médico Integral Comunitário, por 3 anos. No ano 2009 fui para a República Bolivariana de Venezuela trabalhando no programa "Barrio Adentro" por 3 anos.

No mês de dezembro do ano 2016 me incorporei ao Programa Mais Médicos para o Brasil, sendo destinada ao estado Rio Grande Do Sul, ao município Novo Hamburgo, a Unidade de Saúde da Família Mundo Novo.

O município, banhado pelo Rio dos Sinos, compreende uma área de 223 km², contando com uma população de 238.940 habitantes (IBGE, 2010). Durante muito tempo, a indústria foi praticamente formada apenas pela cadeia coureiro calçadista, com várias empresas de destaque. Tem 25 bairros na zona urbana da cidade, Canudos é um bairro localizado a leste do município brasileiro de Novo Hamburgo. É o maior bairro urbano da cidade e o mais populoso, perdendo apenas (em tamanho) com o bairro rural Lomba Grande.

Canudos é um bairro importante para a economia do Município é um bairro fortemente residencial, poder ser classificado como bairro residencial/comercial. Possui algumas indústrias de médio porte. É também em Canudos se localiza o Aeroclube do município, e é considerada a segunda área com maior criminalidade do município.

A ESF Mundo Novo tem três equipes, eu trabalho na equipe que atende a área 9, com aproximadamente 1005 famílias, com uma população de 2275 pessoas na área de abrangência, com cobertura total de sua população adstrita, segundo o cadastro das famílias feito pelos agentes comunitários no sistema informatizado utilizado pelo município (GEMUS). A população é basicamente urbana. Algumas famílias de classe média e alta procuram serviços particulares, mas a maioria é atendida pelo SUS. Quanto à estrutura comunitária, segundo o levantamento realizado pelos ACS, temos 2 escolas municipais, e 5 creches as quais duas são municipais e 3 da iniciativa privada, e uma associação comunitária. O horário de atendimento é das 08 horas às 12:00 horas, e das 13:00 horas às 17horas. A estrutura física da ESF é constituída por: sala de

espera, recepção, seis consultórios médicos, um consultório odontológico, sala de enfermagem, sala de vacinas, sala de procedimentos, sala para agentes comunitários de saúde, farmácia, cozinha, esterilização, depósito e dois banheiros. A equipe de saúde é composta por um médico geral, uma odontóloga (que atende a população das três equipes), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma assistente odontológica, cinco agentes comunitários de saúde e uma psicóloga do CAPS Infantil que faz o matriciamento. A equipe de saúde oferece grupos de saúde como: de gestantes e de práticas alternativas de cuidado em saúde.

Os principais problemas de saúde no território da ESF são doenças crônicas não transmissíveis Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e doenças mentais baseados nos dados dos prontuários. São realizadas visitas domiciliares programadas semanalmente a pacientes acamados ou com necessidades especiais, puérperas e gestantes. No município existe uma Unidade de Saúde Central com consultas de ginecologia e pediatria onde são consultadas as gestantes e crianças de alto risco, contamos com um hospital municipal com serviços especializados de ginecologia, sala de parto, cirurgia, cardiologia, gastroenterologia, neurologia, unidade de cuidados intensivos, entre outros. Os casos de pediatria são atendidos no Hospital Regina que pertence a Rede Privada e tem convênio com o SUS.

O desconhecimento sobre a própria doença, por parte do paciente hipertenso influencia negativamente na qualidade de vida dele e no aumento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, as quais são muito frequentes nestes pacientes. A HAS além de ser uma doença crônica não transmissível é um importante fator de risco para doença cardiovascular, encargada de trazer custos médicos e econômicos elevados, por suas complicações, pelo que fazer estratégias para prevenção da Hipertensão arterial são muito importantes combinadas com educação em saúde com o objetivo de fazer o diagnóstico precoce, o controle da pressão arterial e de fatores de risco associados, modificando o estilo de vida e melhorando adesão ao tratamento. As atividades de promoção de saúde desenvolvidas com os grupos de

hipertensos têm participação escassa. Assim somente 20% se favorecem destas importantes atividades motivo pelo qual decidi realizar uma intervenção que permita estratégias de saúde que melhore a qualidade de vida destes pacientes.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

2.1 Relato do Caso.

Trata-se de um paciente X do sexo masculino, 52 anos de idade, branco, motorista de profissão, mora com a esposa de 49 anos (dona de casa) e seu filho de 17 (estudante), boas relações interpessoais entre eles, só encontra-se sobrecarregado por conta do trabalho, pois ele sustenta a casa e não tem como ficar parado.

Histórico Familiar Mãe: HAS, Pai: HAS e DM.

Histórico Pessoal: HAS há 12 anos e DM com 6 anos de evolução, sob tratamento com Losartana Potássica 50 mg 1 cp x dia há 3 anos (no início do tratamento medicamentoso usava Captopril 25 mg 1 cp 8/8h e foi trocado por apresentar tosse seca intensa), Sinvastatina 40 mg 1 cp x dia á noite depois da janta, desde há mais de 1 ano, Metformina 850 mg 1 cp 3 x dia, depois das refeições e Glibenclamida 5 mg 1 cp 3 x dia antes das refeições, há mais de 5 anos.

Primeira Consulta

Veio a consulta para a troca da receita pois a mesma está vencida há mais de 6 meses, motivo pelo qual nos últimos meses está usando os medicamentos de maneira irregular quando consegue compra-os, diz não ter muito tempo por conta do trabalho, quando interrogado queixa-se de apresentar cefaleia tensional na região occipital e tonturas em ocasiões mais acentuada no último mês, nota-se também que está urinando muitas vezes á noite.

Não faz exercícios físicos, não cuida da alimentação.

Nega Hábitos tóxicos, alergias, traumatismos e cirurgias.

Nunca teve internamento hospitalar.

Vacinas em dia.

Hoje refere sentir-se bem, afebril, BEG, necessidades fisiológicas normais.

HGT: 387 mg/dl

Exame Físico.

Face e marcha não característica de processos patológicos.

Peso: 80 kg

Altura: 163 cm

IMC: 30,11

Pele: sem lesões.

Cavidade oral. Sem alterações evidentes.

Pescoço: Não ingurgitação jugular, não ausculto sopro carotídeo, tireoide sem alterações.

APR: Frequência respiratória: 18 x minuto, não palpo roce pleural, sonoridade pulmonar normal, murmúrio vesicular audível, não ausculto estertores.

ACV: não, frêmito ne outra alteração, choque da ponta não visível ne palpável, ruídos cardíacos rítmicos e bem golpeados não ausculto sopro, FC. 86 x minutos, pulsos periféricos presentes e normais. PA. 182/116 mmhg no membro superior direito e 190/118 mmhg no esquerdo.

Abdome. Inocente, que segue os movimentos respiratórios, RHA presentes e normais, não sopro renal, não palpo massas ne visceromegalias.

Membros Inferiores: sem edemas, ne outras lesões.

2.2 Discussão do Caso.

Paciente apresentando as seguintes hipóteses diagnosticas:

1. Hipertensão Arterial Sistêmica, Estagio 3, Mal controle Pressórico.

2. Diabetes mellitus tipo 2 com Mal controle Glicêmico.

3. Obesidade Grau I.

4. RCV Alto.

Segundo (Brasil, 2013a) quando um paciente apresentar cifras de PAS maior ou igual 180 mmhg e PAD maior o igual a 110 mmhg encontra-se no estágio 3 da HAS, o bom controle pressórico seria ter menos de 130/80 mmhg por ser um paciente hipertenso e diabético. Em quanto aos níveis de glicemia em jejum para falar de bom controle metabólico a mesma deveria estar entre 70-130

mg/dl, a obesidade grau I es aquela onde o índice de massa corporal está entre >30 e <35 kg/m2, como o paciente apresenta diabetes mellitus já e considerado com risco cardiovascular alto de acordo com (Brasil, 2013b).

Os principais problemas encontrados neste paciente são:

- ✓ Desconhecimento dos riscos e/ou das doenças que ele sofre, do manejo, da prevenção e das complicações, porem as mesmas não tem um bom controle.
- ✓ Estilo de vida inadequado (não cuida da alimentação, não pratica exercícios físicos regulares)
- ✓ Excesso de trabalho.
- ✓ Mal seguimento do paciente por parte da equipe.
- ✓ Má adesão ao tratamento.

Durante a Consulta foi explicando para ele quais são as suas doenças, características, classificação, complicações, objetivos e metas a serem alcançadas, entre outros. Para isso de conjunto traçamos o seguinte plano:

Modificação do Estilo de Vida como recomendado por (Brasil, 2014) o qual inclui:

-Alimentação saudável, baseado fundamentalmente nas orientações dos dez passos da alimentação saudável.

-Pratica regular de exercícios físicos.

-Diminuição do peso corporal.

Ter momentos para lazer.

Participar e beneficiar-se das atividades do grupo de hipertensos.

-AMPA. Entrego Caderneta.

-Controle do Peso e Circunferência Abdominal.

Solicito exames de rotina conforme preconizado pelo Ministério da Saúde em (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

Glicemia em Jejum, HBA1C, Colesterol Total, HDL, LDL, Triglicerídeos, Creatinina Sérica, Potássio Sérico, Exame de Urina Tipo I, Microalbuminuria, ECG e Fundoscopia. Solicitado também estudo da função hepática por encontra-se o paciente em uso de estatinas.

Uso adequado dos medicamentos de uso continuo.

Reavaliar em 15 dias.

Na reunião da equipe dessa semana foi abordado o Caso do paciente X, sobre a importância do acompanhamento de conjunto para lograr mudanças no estilo de vida dele, o enfermeiro fez o convite para que o mesmo participe do grupo de Hipertensos, e entregou-se à Agente Comunitária de Saúde, a qual vá realizar a Visita Domiciliar para a entrega do mesmo e supervisionar e dar dicas para o uso correto dos medicamentos.

Na Segunda Consulta.

Subjetivo

Refere sentir-se melhor nestes dias, diz estar cuidando da alimentação, ainda sem praticar exercícios físicos, tomando os medicamentos nos horários certos. Aguarda avaliação pelo oftalmologista e laudo feito pela Cardiologista do ECG. AMPA com cifras acima de 130/80mmhg.

Objetivo

PA

MSD: 166/96 mmhg

MSE. 174/104 mmhg

PESO.80 KG

IMC.30.11

CA.113 cm

Avaliação dos pés sem alterações.

Trouxe os exames solicitados onde se evidencia.

Glicemia em Jejum. 320 mg/dl, HBA1C.10%, Colesterol Total: 323 mg/dl, HDL: 18 mg/dl, LDL* mg/dl, Triglicerídeos. 2515 mg/dl. Resto dos exames dentro dos valores de referência do laboratório.

AVALIAÇÃO.

Hipóteses Diagnósticas:

1. Hipertensão Arterial Sistêmica, estagio 2, com mal controle pressórico.
2. Diabete Mellitus tipo 2, mal controle metabólico.
3. Obesidade grau I.
4. Risco Cardiovascular Alto.
5. Hiperlipidêmica Mista.
6. Síndrome Metabólica.

Nesta consulta se evidencia que somente com o uso adequado dos medicamentos e início de mudanças no estilo de vida (dieta saudável) logrou diminuir os níveis de pressão arterial de um estágio 3 para 2, que segundo (Brasil, 2013a) é quando a PA encontrasse entre PAS: 160-179 e PAD: 100-109 mmhg, mantendo níveis de Glicemia em jejum maior a 130mg/dl e apresentando Hba1c maior a 7%, estando os dois acima do bom controle metabólico, como preconiza-se em (Brasil, 2013b), obesidade grau I e risco cardiovascular alto como descrito na consulta anterior. Baseados nos resultados dos exames de laboratório este paciente apresenta uma Hiperlipidêmica Mista pois apresenta níveis acima de Colesterol total, HDL baixo, níveis não dosificáveis do LDL e triglicerídeos muito elevado segundo (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b; Laura Rassi Vanhoni et al, 2012). Plante-o a Síndrome Metabólica pelos dados obtido no interrogatório, exame físico e os resultados dos exames de laboratório, assim como foi descrito por (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b; Laura Rassi Vanhoni et al, 2012; Roselee Pozzan et al, 2004) este paciente apresenta os seguintes critérios para Síndrome Metabólica:

- Histórico de HAS e DM tipo 2.
- Obesidade com um IMC maior a 30 kg/m2sc e CA maior a 102 cm.
- HDL-colesterol baixo inferior a 40 mg/dl.

- Triglicerídeos acima de 150 mg/dl.

Recomenda-se fazer mudanças no seu estilo de vida com o objetivo de ter bom controle de suas doenças crônicas (HAS, DM tipo 2) e a desaparição de outras que quando associadas aumentam o risco de padecer Doenças Cardiovasculares as quais deterioram em grande medida a qualidade de vida e aumentam a mortalidade segundo (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b; Roselee Pozzan, 2004):

I. Pratica regular de exercícios físicos, intensidade moderada, 3-5 vezes por semana, durante 150 minutos, por não mais de dois dias consecutivos, com o objetivo de diminuir de maneira gradual o peso corporal, até lograr um IMC dentro do adequado (18.5-24.9) ou redução do 7% do peso corporal total, a circunferência abdominal a menos 102 cm, o qual ajuda na diminuição dos níveis da glicemia, da pressão arterial e dos lipídeos em sangue, com a conseguinte redução do risco cardiovascular.
II. Dietas com baixo teor de carboidratos, sódio, gorduras, açucares, aumentar consumo de fibras, frutas e vegetais, para ter um bom controle glicêmico, da PA, dos lipídeos, na perda de peso, na redução do risco cardiovascular.

Reajustes no tratamento medicamentoso segundo (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b)

I. Aumentar a Losartana Potássica 50 mg a 1 cp 12/12 horas. Continuar AMPA.
II. Trocar a Metformina 850 mg pelo Glifage XR 500 mg 4 cp x dia. Manter metformina pela proteção cardiovascular que oferece, e o glifage tem a vantagens de que pode ser tomado numa única dose.
III. Introduzir a INSULINA NPH 100 UI: 10 UI subcutâneas as 22 horas (deitar), monitorar glicemia capilar em jejum todos os dias, corrigir dose se glicemia em jejum: <70 diminuir 4U, se 70-130 manter, entre 131-180 = aumentar 2U,>180 = aumentar 4U, se hipoglicemia reduzir em 4 UI. Se fornece o laudo e se preenche o formulário para a Solicitude do Glicômetro, Lancetas e fitas. Orientações sobre o uso correto da Insulina, entrego o cartaz. Fala sobre sinais e sintomas de hipoglicemia e manejo da mesma.

IV. Prescrever Ciprofibrato 100 mg 1 cp x dia x 3 meses. Orientações sobre sintomas de Rabdomiolise, se aparecem procurar Pronto Atendimento.
V. Suspender a Glibenclamida e a Sinvastatina.

Oriento consulta de controle em 15 dias.

2.3 CONCLUSÕES.

Neste caso se evidencia como os pacientes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, que não recebem um acompanhamento adequado na Atenção Primaria de Saúde, não cumprem as orientações fornecidas nas consultas, com má adesão ao tratamento, apresentam outras morbidades como Dislipidemias e Obesidade as quais se não bem manejadas e controladas aumentam as chances de ter uma doença cardiovascular (microvascular o macrovascular) mais rapidamente. As quais ainda não estão evidenciadas neste paciente, faltando a avaliação da fundoscopia pelo Oftalmologista para descartar a presença de retinopatia hipertensiva e/ou diabética e o resultado do ECG em repouso (Em nosso município o laudo e feito pela Cardiologista).

É importante ressaltar que o acompanhamento adequado deste paciente com modificação de seu estilo de vida, tratamento farmacológico otimizado está iniciando agora, e temos muitas metas que atingir como preconiza a literatura em (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b)

1. Redução gradual do peso corporal, até lograr um IMC dentro do adequado (18.5-24.9) ou entre um 7-10 % do peso corporal total.
2. Circunferência Abdominal menor a 102 cm.
3. HBA1C menor de 7,0%.
4. Glicemia de jejum entre 70 – 130 mg/dl e pós-prandial abaixo de 180 mg/dl
5. Nível pressórico menor de 130/80 mmhg.
6. Níveis de LDL-colesterol abaixo de 70 mg/dl.
7. Níveis de Triglicerídeos abaixo de 150 mg/dl.

Além disso ter um paciente com um acompanhamento segundo as necessidades, com consultas agendadas, quando atingidas as metas mínimo 4 vezes por ano, participando nos grupos, com visitas domiciliares dos ACS 1 vez ao mês, para verificar adesão ao tratamento entre outras, avaliado pelos especialistas em Endocrinologia, Nefrologia e Cardiologia entre outros quando precisar e segundo os Protocolos Estabelecidos, com melhora significativa da qualidade de vida, é o desfecho desejado de nossa equipe no atendimento dos paciente com Doenças Crônicas como HAS e Diabetes Mellitus.

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

No estudo dos casos clínicos podemos identificar várias medidas de promoção, educação e prevenção em saúde:

Relacionadas com a puericultura:

- Promoção do aleitamento materno, importância da consulta de puericultura, das vacinas e da saúde bucal.
- Prevenção de doenças como anemia por deficiência de ferro, parasitoses intestinais, diarreias de origem infeccioso, infecções das vias aéreas e das cáries dentárias.
- Educação em saúde sobre o manejo da febre em crianças, das infecções respiratórias, das diarreias de origem infeccioso, das carências nutricionais e das parasitoses intestinais.

Com os adolescentes:

- Promoção da alimentação saudável, do calendário vacinal, da saúde bucal e a importância da pratica regular de exercícios físicos.
- Prevenção do uso de sustâncias toxicas como (drogas, cigarros e álcool) e das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)
- Educação em saúde sobre a abordagem familiar ao adolescente e o respeito a sua independência.

Com a saúde da mulher:

- Promoção da atenção ao Pré-natal, importância do planejamento familiar, da saúde bucal, da pratica regular de exercícios físicos e alimentação saudável.
- Prevenção da violência intrafamiliar, do câncer (colo de útero e mama) e das DSTs.
- Educação em saúde para manejar os sintomas do

climatério. Com a saúde mental:

- Promoção da autoconfiança, da alimentação saudável e da atividade física regular.
- Prevenção de transtornos da esfera sexual, do uso de drogas, tabaco e álcool.
- Educação em saúde para lograr a independência do paciente, criar

grupos de apoio para pacientes e familiares.

Com a saúde do homem:

- Promoção da alimentação saudável, importância da pratica regular de atividade física e da realização de exames preventivos como o PSA.
- Prevenção de transtornos da esfera sexual e câncer de próstata. Com

a Saúde do idoso:

- Promoção da alimentação saudável, pratica de atividade física.
- Prevenção de quedas e depressão.
- Educação em saúde sobre uso racional dos medicamentos.

Todas essas medidas são bem importantes e aplicáveis em nossa prática profissional, para o acompanhamento de cada grupo populacional. Na APS não só as doenças crônicas no transmissíveis são priorizadas. A atenção às crianças desde antes da concepção e até os 2 primeiros anos de vida, como preconiza o Ministério da saúde (Brasil, 2012a) é essencial para diminuir as taxas elevadas de morbidade e mortalidade infantil.

Antes da concepção segundo (Brasil, 2010), é importante que o casal tenha uma consulta de avaliação com o objetivo de identificar fatores de risco como:

1. Mulheres cujos hábitos alimentares são inadequados, os quais devem ser trocados por uma alimentação saudável (comer frutas, verduras, vegetais, tomar leite e diminuir o consumo de alimentos fritos e industrializados).
2. Em uso de sustâncias toxicas como tabaco, álcool e drogas com o objetivo da cessação dos mesmos para evitar complicações.
3. Tomando medicamentos de uso contínuo onde devemos avaliar a necessidade de substituí-os por outros como menos efeitos teratogênicos ou ajustar as doses.
4. Trabalhando em condições desfavoráveis, e expostas a tóxicos ambientais.
5. Com histórico gestacional prévio de Malformações Congênitas e período entre as gestações menor de 2 anos ou maior de 5.

Além disso recomenda também:

1. Solicitar exames de laboratório para descartar a presença de infecções como rubéola, hepatite b, HIV, sífilis e toxoplasmose.

6. Realizar a colpo citologia oncótica.
7. Avaliar as Doenças crônicas como HAS, DM, Epilepsia e HIV.
8. Prescrever Ácido Fólico (5 mg) 1 comprimido por dia, via oral, durante 60 a 90 dias antes da concepção.

Neste ponto ainda não temos atingido a meta planejada, de que o 100% das mulheres que desejem engravidar façam o acompanhamento em nossa USF, mais continuaremos desenvolvendo atividades de promoção, educação e prevenção em saúde, para ter sucesso no desenvolvimento dessas ações.

O acompanhamento ao Pré-natal de baixo risco se desenvolve no mínimo de 8 consultas, com a seguinte cronologia, mensais até a semana 28, quinzenais da semana 28 até a 36, e semanais até as 41 semanas, (grau de recomendação A), momento este em que a gestante e encaminhada para o Hospital Municipal de Novo Hamburgo para avaliação do bem-estar fetal (avaliação do índice de líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal) assim como preconiza (Brasil, 2013c), com resultados satisfatórios depois de mais de 1 ano de trabalho, onde a taxa de mortalidade materno-infantil encontra-se em 0%, e do total de nascimentos neste período 19, só 1 criança nasceu com baixo peso e prematuro devido a Hipertensão Gestacional.

No município de Novo Hamburgo o Parto é garantido no Hospital Municipal, brindando um ótimo atendimento, ao sair da maternidade, cada criança tem sua caderneta preenchida com todos os dados do parto e os primeiros dias de vida, as vacinas da BCG e Hepatite B, são administradas na instituição, fazem os testes da linguinha, orelhinha, coraçãozinho e do reflexo vermelho, dão feedback para a Unidade de Saúde e informam os dados dos partos e nascimentos de acordo com (Brasil, 2013c).

Depois do egresso hospitalar cada criança e visitada geralmente pelos agentes comunitários durante a primeira semana de vida.

" Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família"

(BRASIL, 2012a, p.35).

Durante a realização da Puericultura e preconizado em (Brasil, 2012a):

- Realizar a primeira consulta nos primeiros 7 dias. Grau de recomendação D.

- Utilizar e preencher de maneira adequada a caderneta. Grau de recomendação C.
- Avaliar as condições do pré-natal e parto. Grau de recomendação D.
- Realizar exame físico completo, e compartilhar os achados com os pais. Grau de recomendação D.
- Avaliar situações de riscos e vulnerabilidades à saúde do recém-nascido (ser residente de área de risco, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia grave, internações/intercorrências, mães com menos de 18 anos de idade, mãe com baixa escolaridade, história familiar de morte de crianças com menos de cinco anos de idade. Grau de recomendação D.
- Orientar aos pais sobre os sinais de perigo da criança com menos de dois anos e quando procurar atendimento de emergência. Grau de recomendação D.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo, a sua importância e os benefícios. Grau de recomendação B.
- Dar orientações gerais sobre os cuidados com recém-nascido: lavado das mãos, evitar que pessoas doentes fiquem perto da criança, não permitir fumadores na casa para prevenir doenças respiratórias. Grau de recomendação A.
- Orientar sobre os cuidados com o banho e o coto umbilical. Grau de recomendação A.
- Orientar a posição correta para deitar no berço de barriga para acima Grau de recomendação B.
- Explicar como prevenir acidentes. Grau de recomendação A.
- Se ainda não foi realizado o teste do pezinho a partir do 3º dia de vida da criança conforme o estabelecido no Programa Nacional de triagem neonatal, orientar a realização e explicar que com este teste, detectassem doenças que podem provocar sérios danos à saúde do bebê. Grau de recomendação A.
- Verificar se a criança foi vacinada no hospital e orientar o esquema vacinal. Grau de recomendação D.
- Programar a consulta seguinte que dever ser feita aos 30 dias de

idade.

Nas consultas subsequentes:

- Estabelecer entre os profissionais de saúde, a família e a criança uma relação de confiança ao longo do acompanhamento.
- Realizar mínimo sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais.
- Monitorizar o crescimento, registrando nos gráficos de peso, comprimento, estatura e perímetro cefálico até os 2 anos, e entre os 2 e 10 anos o registro da altura, peso e do IMC.
- Rastrear a displasia evolutiva do quadril. Grau de recomendação C.
- Realizar exame físico cardiovascular onde a ausculta cardíaca e recomendada assim como a palpação dos pulsos, no mínimo de 3 vezes no primeiro trimestre da vida devendo-se repetir no final do primer ano de vida, na idade pré-escolar e na entrada na escola. Grau de recomendação D.
- Avaliar a visão para detectar doenças como ambliopia, miopia e hipermetropia, sem ter evidencias atuais que determinem o grau de prevenção, realizar o teste de reflexo vermelho, na primeira consulta, aos 4,6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos.
- Avaliar a audição com a TAN (triagem auditiva neonatal) no período neonatal e por volta do 4 e 5 mês de vida para a prevenção de perda auditiva congênita e/ou adquirida com início da reabilitação até os 6 meses de idade. Grau de recomendação B.
- Rastrear a criptorquidia. Grau de recomendação B.
- Não deixar de abordar os quatro itens fundamentais: dar atenção a queixa fundamental, revisar os problemas já apresentados, enfatizar a prevenção e a promoção oportunas e estimular a mudança de habito na busca por cuidado. Grau de recomendação D.
- Recomendar a posição de dormir adequada de “barriga para acima”, berço firme, sem objetos em volta das crianças ne lençóis frouxos, para prevenir a morte súbita. Grau de recomendação B.

- Prevenir as infecções respiratórias. Grau de recomendação A.

Fato este que nos há permitido depois de aprofundar no estudo dos casos clínicos e das leituras das referências bibliográficas, oferecer uma atenção à criança mais organizada, objetiva, baseados na promoção, prevenção e educação permanente, interatuando com a família, conhecendo suas queixas e dificuldades garantindo um acompanhamento sistemático.

4 VISITA DOMICILIAR

Na minha USF as Visitas domiciliares também são parte importante do acompanhamento aos pacientes de nossa área de abrangência a maioria dos pacientes avaliados na atenção domiciliar são idosos, com incapacidade física por doenças degenerativas ou com sequelas de complicações de doenças como HAS e Diabetes, poucas vezes os pacientes tem alguma doença aguda, outros grupos priorizados como lactantes e gravidas também são acompanhados por meio das VD

Para melhorar a qualidade da atenção domiciliar temos que ter em conta as caraterísticas estabelecidas que deve cumprir essa forma de atenção, segundo (Brasil, 2012b) as quais são: Ações sistematizadas, articuladas e regulares; a integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; deve responder às necessidades de saúde de determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária; desenvolve-se por meio do trabalho em equipe, que cumpra com os critérios de inclusão: Morador de área de abrangência, Paciente com condição clínica e limitação funcional.

Mais para que tudo isto seja feito dessa forma além de que os pacientes sejam visitados pelos ACS com frequência mensal e o médico possa visitar mais do 50% da população temos que planejar adequadamente as visitas, o que inclui aumentar o número de visitas mensais e maior frequência (sistematicidade), pois na minha USF eu só tenho espaço na agenda para as VD a última 6ta feira de cada mês.

Como foi o caso do Sr. X
USF Mundo Novo.
Data: 20/04/2018
Profissionais: Dra., Enfermeiro, Agente Comunitário e Técnica de Enfermagem.

A Esposa do paciente X solicita ao ACS uma visita domiciliar da equipe, devido a impossibilidade dele deslocar-se até a USF. O ACS agenda a visita domiciliar para a próxima sexta -feira no horário da manhã. A equipe discutiu o caso e revisou o prontuário. Além disso, no dia em que a esposa solicitou a visita, foi

realizada anamnese para conhecer melhor a situação clínica do paciente e organizar os materiais necessários para a visita: receitas, folha requisição de exames, caneta, estetoscópio, esfigmomanômetro, glicômetro com fitas, luvas de procedimento e estéreis e lanterna.

Paciente do sexo masculino, de nome X de 72 anos, com histórico pessoal de Hipertensão Arterial Sistêmica, e Hemiplegia esquerda sequela de AVC Isquêmico há 1 ano sob tratamento de Losartana Potássica 50 mg 1 cp 12/12, Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp x d de manhã, ASS 100mg 1 cp no almoço, Sinvastatina 40 mg 1 cp a noite.
Durante o deslocamento pelo bairro, os arredores do bairro encontravam-se limpos, as lixeiras com tampas.
A equipe foi recebida pela esposa, se percebem boas relações interpessoais. Na casa de 4 cômodos, com luz, esgoto, água encanada, há geladeira, fogão, micro-ondas, televisão e outros eletrodomésticos. Observou-se boa higienização da casa. O paciente estava deitado, respondeu ao interrogatório com alguma dificuldade na fala.

Exame Físico Geral.
Mucosas: úmidas e coradas.
TCS. Sem edemas.
Cabeça. Face com desvio da comissura labial a esquerda.
Pescoço. Não ingurgitação jugular, não palpo alterações na tireoide, não ausculto sopro carotídeo.
Tórax. Sem alterações.
Região axilar. Sem alterações, Região inguinal sem alterações.
Extremidades: Membros Superior e Inferior Direito sem alterações evidentes.
MSE atitude da hemiplegia, adução do ombro, flexionado o cotovelo, pronação da articulação radiocarpal com o primeiro dedo na face palmar da mão e resto dos dedos flexionados.
MIE Diminuição da força muscular com extensão e rotação interna do pé. Rigidez articular e atrofia muscular
Exame Físico por aparelhos.
AR: não dispneia, não tiragem, MV audível, não estertores, FR: 19 resp/min.

ACV: Ruídos rítmicos, não sopros, FC: 86 lat /min, PA: 130/90 mmHg
Abdômen: Plano, depressível, não doloroso, RHA presentes.
Neurológico.
Desvio da comissura labial a esquerda
Atitude da hemiplegia, queda do ombro e braço do lado esquerdo, membro inferior esquerdo em extensão com rotação interna do pé.
Diminuição da força muscular nos membros superior e inferior esquerdos.
HGT: 89mg/dl.

Problemas:
Hipertensão Arterial Sistêmica.
Sequela motora secundaria de AVC Isquêmico.

Plano:

- Dieta balanceada com redução do consumo sódio, aumento no consumo de frutas e vegetais, reduzido consumo de alimentos gordurosos e alimentos que contenham açúcar, como bolos, doces, refrigerantes, sucos e biscoitos, como preconizado em (Brasil, 2013a)
- Dinâmica familiar para apoiar a paciente, na adequada adesão ao tratamento e sua reabilitação.
- Fala com a esposa sobre a importância do cuidador.
- Orientamos a necessidade de mudança de posição, bem como a realização de exercícios físicos passivos, para a prevenção das ulceras por pressão e melhorar a rigidez articular.
- Tomar sol, importante para prevenir a deficiência de Vitamina D.
- Higiene oral e corporal da paciente. Para a prevenção de Infecções
- Higiene domiciliar e dos arredores da casa.
- Necessidade de fisioterapia domiciliar motora, a qual será encaminhada pela equipe.
- Seguir a terapia medicamentosa, conforme indicação médica: Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp ao dia, Losartana Potássica 50 mg 1 cp 12/12, Sinvastatina (40 mg) 1 cp a noite, AAS 100 mg 1 cp ao dia.
- Solicito exames de laboratório como preconizado em (Brasil, 2013a).

Glicemia em jejum, colesterol total e frações, creatinina sérica, Potássio Sérico, urina tipo I e microalbuminuria os quais seram coletados pelo enfermeiro na próxima segunda feira as 8:00 hrs, se explica sobre o jejum de 12 horas para a coleta dos mesmos.

- Acompanhamento médico continuo.
- Visita Domiciliar Mensal por parte da ACS

Tudo o anterior relaciona-se estreitamente com nosso trabalho desenvolvido sobre a HAS e seus fatores de risco desde o projeto de intervenção até as atividades do portfólio, onde se evidencia que os pacientes com mal acompanhamento e estilos de vida inadequados sofrem complicações cardiovasculares com mais frequência o que traz alterações negativas na qualidade de vida.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Na vida as metas as vezes parecem inalcançáveis sobretudo quando você se inicia num processo novo, nunca antes realizado, ficas cheio de dúvidas, muitas perguntas surgem: serei capaz de desenvolve-lo com sucesso? Gostarei deste novo método? Quanto ganharei em aprendizado? Será útil para mim?

Hoje chegando à etapa final do Curso de Especialização em Saúde, posso refletir, analisar, autoavaliar e descrever como foi o mesmo. Processo de muito aprendizado, de muitas noites sem dormir, momentos de estresse, de alegrias, mais o importante e poder fazer mudanças na minha pratica profissional e assim melhorar a qualidade da atenção que brindo na minha área de abrangência.

Sobre o Curso em se posso dizer que conta com uma plataforma EAD bem estruturada, organizada e de fácil uso onde se pode interagir com os tutores e demais colegas. Tive duas excelentes tutoras, as quais me guiarão e apoiarão durante o curso. Os diferentes métodos de ensino lhe permitem ao aluno desenvolver-se mais fácil, gostei das videoaulas as quais achei didáticas e dos fóruns, momento onde todos compartilhamos nossas vivencias, sobre a realidade de cada território.

O Eixo 1: Trata sobre os temas importantes como conhecer a história da saúde pública no Brasil, como foi constituído o Sistema Único de Saúde do Brasil, seus princípios e diretrizes, a organização da APS a Gestão do Cuidado em APS. O estudo das três cidades fictícias com diferentes características geográficas, culturais e sócio demográficas permitiu visualizar mais a profundidade os problemas/situações de saúde/doença prevalentes nos diferentes cenários epidemiológicos permitindo-me conhecer os processos de vida, trabalho e saúde da Estratégia da Saúde da Família. Forneceu ferramentas de diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação e incorporei ações de promoção à saúde e vigilância na prática diária.

O Eixo 2: O estudo dos casos complexos foi relevante, eles vivenciam situações muito próximos ao nosso cotidiano. Alguns deles chegaram a antecipar pacientes parecidos o que facilitou meu desempenho, fundamental para ampliar e atualizar os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas. A literatura utilizada

atualiza e de fácil acesso no menu recursos.

O portfólio foi uma experiência nova, ferramenta fundamental para a construção do conhecimento, que se vá desenvolvendo a traves do curso e nos permite aprofundar em temas importantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Brasil.** 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, n° 37. Brasília – DF. **2013a.**
2. **Brasil.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. DIABETES MELLITUS. Cadernos de Atenção Básica, n° 36. Brasília – DF. **2013b.**
3. **Brasil.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA. COM DOENÇA CRÔNICA. Cadernos de Atenção Básica, nº 35. Brasília – DF. 2014
4. **Laura Rassi Vanhoni, André Junqueira Xavier, Helena Elisa Piazza.** Avaliação dos critérios de síndrome metabólica nos pacientes atendidos em ambulatório de ensino médico em Santa Catarina* Criteria evaluation of metabolic syndrome on clinic patients of a Santa Catarina medicine school ambulatory. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 mar-abr;10(2):100-5
5. **Roselee Pozzan, Roberto Pozzan, Maria Eliane Campos Magalhães, Andréa Araujo Brandão, Ayrton Pires Brandão.** Dislipidemia, Síndrome Metabólica e Risco Cardiovascular.Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Revista da SOCERJ - Abr/Mai/Jun 2004.
6. **Brasil.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF. 2010. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. SAÚDE SEXUAL E. SAÚDE REPRODUTIVA.
7. **Brasil.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. Cadernos de Atenção Básica, n° 32. 1ª edição revista. Brasília – DF. **2013c.**
8. **Brasil.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E. DESENVOLVIMENTO. Cadernos de Atenção Básica, n° 33. Brasília – DF. **2012a.**
9. **Brasil.** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção domiciliar. Vol 1.Brasila **2012b.**
10. NOVO HAMBURGO. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: IBGE | Brasil em Síntese | Rio Grande do Sul | Novo Hamburgo ...https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/novo-hamburgo/panorama

ANEXOS

1 Projeto de intervenção

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Yalena Ravelo Reina

MELHORAR A ATENÇÃO À SAÚDE DO HIPERTENSO NA ESF MUNDO NOVO, NO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO, RS.

Porto

Alegre 2017

RESUMO

O objetivo deste projeto de intervenção é conscientizar a população sobre os malefícios da hipertensão arterial e estimular mudanças de hábitos de vida saudável na população. Desenvolvemos este projeto de intervenção na população assistida pela USF Mundo Novo no município de Novo Hamburgo/RS. O universo de pessoas envolvidas é de 231 hipertensos, sendo que em 107 deles a hipertensão arterial é sem controle. Será realizado um projeto de intervenção com o objetivo de promover a promoção e prevenção, aumentar e modificar o conhecimento sobre os fatores de riscos de hipertensão, reforçando a importância de controle da doença, e aclarar dúvidas da população afetada sobre este tema. Para a realização do projeto nós faremos uma pesquisa sobre o conhecimento desta doença, numa amostra de usuários hipertensos na USF Mundo Novo onde ficarão envolvidos todos os membros da equipe de saúde, que irá revelar o nível de conhecimento do assunto mencionado. Serão ministradas oficinas e aulas utilizando meios de reprodução audiovisuais educativos e entregaremos panfletos e cartilhas educativas sobre o tema. Posteriormente, a pesquisa será aplicada novamente no final do inquérito, para reavaliar o conhecimento dos usuários. Cobertura de 80% da população com HAS, espera-se como resultados melhorar e modificar o conhecimento sobre a hipertensão arterial em 80% e 100% dos hipertensos com boa adesão ao tratamento.

Palavras chave: Hipertensão arterial. Taxa de incidência e prevalência. Atenção primária à saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

ESF Estratégia de Saúde da Família

FR Fator de Risco

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

ISH Sociedade International de Hipertensão

JNC 7 Seventh report of the Joint National Commitee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

OMS Organização Mundial da Saúde

PES Planejamento Estratégico Situacional

PA Pressão Arterial

PSF Programa Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 4

2 PROBLEMA 5

3 JUSTIFICATIVA 6

4 OBJETIVOS 7

4.1 GERAL 7

4.2 ESPECÍFICOS 7

5 REVISÃO DA LITERATURA 8

6 MÉTODOS 10

6.1 MOMENTO EXPLICATIVO. 13

6.1.1 SELEÇÃO DO PROBLEMA 13

6.1.2 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....13

6.1.3 ANÁLISE SITUACIONAL DO PROBLEMA 13

6.1.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA 14

6.1.5 SELEÇÃO DE NÓS CRÍTICOS.....14

6.2 MOMENTO NORMATIVO. 15

6.2.1 DESENHO DE OPERAÇÕES 15

6.2.2 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS..... 17

6.2.3 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO..... 17

6.3 MOMENTO ESTRATÉGICO. 19

6.3.1 ANÁLISE DE VIABILIDADE 19

6.3.2 ELABORAÇÃO DO PLANO. 19

6.4 MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL..... 19

6.4.1 GESTÃO DO PLANO. 19

7 CRONOGRAMA.....21

8 RECURSOS NECESSÁRIOS 22

9 RESULTADOS ESPERADOS.....23

REFERÊNCIAS.....24

ANEXOS 27

´

1 INTRODUÇÃO

A ESF Mundo Novo está localizada no município de Novo Hamburgo, RS. Sua estrutura possui sala de espera, recepção, seis consultórios médicos, um consultório odontológico, sala de enfermagem, sala de vacinas, sala de procedimentos, sala para agentes comunitários de saúde, farmácia, cozinha, esterilização, depósito e dois banheiros. A equipe de saúde é composta por um médico geral, uma odontóloga (que atende a população das três equipes), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma assistente odontológica, cinco agentes comunitários de saúde e uma psicóloga do CAPS Infantil que faz o matriciamento. Para o cumprimento dos objetivos propostos na intervenção, conta-se com o trabalho conjunto de toda a equipe, a mesma tem a disposição de trabalhar arduamente para melhorar a saúde deste grupo populacional, melhorando assim a qualidade de vida. Para garantir assistência integral à população, realizam-se discussões entre os membros da equipe. São realizadas reuniões mensais para organizar objetivos, estratégias e planos de ações, sempre encaminhados de forma a melhorar a saúde da comunidade. A população total é de 2275 pessoas na área de abrangência, das quais 365 são hipertensas. Do total de hipertensos, 231 recebem acompanhamento na ESF, o que representa 63,28%. A maioria dos casos possui hipercolesterolemia e

diabetes mellitus, muitos tomam a medicação errada, desconhecem suas doenças, os fatores de risco, os maus hábitos alimentares e a obesidade.

2 PROBLEMA

O desconhecimento sobre a própria doença, por parte do paciente hipertenso influencia negativamente na qualidade de vida dele e no aumento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, as quais são muito frequentes nestes pacientes. As atividades de promoção de saúde desenvolvidas com os grupos de hipertensos têm participação escassa. Assim somente 20% se favorecem destas importantes atividades.

3 JUSTIFICATIVA

A ESF Mundo Novo tem dificuldades para acompanhar adequadamente e atender com qualidade aos hipertensos, pelo que se decidiu realizar uma intervenção que permita estratégias de saúde que melhorem a qualidade de vida dos hipertensos desta área de abrangência.

4 OBJETIVOS

4. 1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a atenção à saúde do hipertenso na ESF Mundo Novo, em Novo Hamburgo, RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Hipertenso;
- Desenvolver ações de educação em saúde para a conscientização da população sobre os riscos da hipertensão arterial;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear os hipertensos da área de abrangência;
- Orientar aos hipertensos sobre a importância da boa adesão ao tratamento;
- Promover a saúde dos hipertensos.

5 REVISÃO DA LITERATURA:

A hipertensão foi definida como a pressão sanguínea de valor igual ou superior a 140/90 mmHg para um adulto jovem (CARRETERO OA; OPARIL S, 2000). Esta definição surgiu após 12 anos de experiência em 350.000 indivíduos de idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos corroborados posteriormente pelo estudo JNC7 (CHOBANIAN e cols, 2003) Levantou-se uma polêmica acerca deste valor em virtude de a maioria dos médicos, cardiologistas ou não, considerar normal o valor de 140 mmHg. Após um longo consenso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) acompanhada da Sociedade Internacional de Hipertensão (ISH), tendo em conta a relação risco/benefício do tratamento, fixou os limites em 140/90 mmHg sendo considerados normotensos todos os indivíduos adultos com uma pressão arterial de 140/90 mmHg (WHITWORTH JA; INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION WRITING GROUP, 2003).

No adulto com mais de 74 anos, (faixa etária não englobada no estudo JNC7)(CHOBANIAN E COLABORADORES, 2003) pode-se aceitar um limite de 150/90 mmHg, tendo em conta a rigidez fisiológica da parede arterial (CARVALHAO FILHO, 2012) A pseudo-hipertensão entre os idosos é também um fator a considerar. Esta situação se deve à calcificação das artérias, o que resulta em níveis de leitura anormalmente elevados no esfigmomanômetro enquanto que as medições intra-arteriais são normais. O processo de endurecimento das paredes arteriais com o envelhecimento é progressivo e o aumento de pressão arterial sistólica com a idade também será progressivo sem que isto signifique hipertensão arterial (FRANKLIN e cols, 2012).

É fator de risco (FR) para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada os outros FR como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (VI DIRETRIZES BRASILERAS DE HIPERTENSAO, 2010).

No mundo, de acordo com a OMS, cerca de 9,4 milhões de pessoas morrem a cada ano e 1,5 bilhão, adoecem por causa da pressão alta (V DIRETRIZES

BRASILERAS DE HIPERTENSAO, 2006). No Brasil mais dos 30% da população de 40 anos e é portadora de hipertensão arterial (ROLIM, 2005). E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Cerca de 40% da população baiana com idade acima de 40 anos tem hipertensão arterial, o que corresponde a cerca de 1,3 milhões de hipertensos. A carga de doenças representada pela morbi-mortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

O programa Mais Médicos tem como prioridade a Atenção Básica de Saúde, tem como objetivo dar apoio à necessidade social da população, principalmente carente e excluída, com baixos princípios de equidade, universalidade, acessibilidade, gratuidade e transitoriedade (KROUSEL-WOOD MA, 2009).

A melhor alternativa ainda é prevenir o surgimento das complicações, melhorando a qualidade de vida destes pacientes e promovendo o tratamento adequado da hipertensão. O desenvolvimento de ações de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos, são fundamentais no cuidado com pacientes hipertensos. A atenção básica, em especial o Programa de Saúde da Família, têm papel central no sentido da implementação do cuidado integral à hipertensão arterial (LIMA SML. 2009).

Deste modo, torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e reduzir a necessidade de terapias a base de fármacos anti-hipertensivos. Antes de se iniciar qualquer tratamento, recomenda-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial (WILLIAMS e cols, 2004). Como meio de prevenção primaria da hipertensão, as orientações de 2004 da Sociedade Britânica de Hipertensão (WILLIAMS e cols ,2004), em consonância com as definidas já pelo Programa Educativo para a Alta Pressão Sanguínea dos Estados Unidos em 2002(WHELTON PK, HE J, APPEL LJ, CUTLER JA et al, 2002), recomendam as seguintes alterações ao estilo de vida:

- Manter o peso normal em adulto (i.e. Índice de massa corporal de 20–25 kg/m2);
- Reduzir o consumo de sódio para <100 mmol/ dia (<6 g de cloreto de sódio ou <2,4 g de sódio por dia);
- Praticar atividade física aeróbica de forma regular, como caminhar a pé (≥30 min por dia, a maior parte dos dias da semana);
- Limitar o consumo de álcool a 3 unidades por dia em homens e 2 unidades por dia em mulheres;
- Manter uma dieta rica em fruta e vegetais (pelo menos cinco porções por dia).

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando feitas corretamente, podem baixar a pressão arterial para valores idênticos aos obtidos com medicação. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores (WILLIAMS e cols, 2004).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial a partir da atenção básica. A dinâmica proposta pelo PSF é centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos e hipertensos (PAIVA DCP, 2009).

A priorização do cuidado aos hipertensos é orientada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), que estabelece como responsabilidade dos municípios, as ações estratégicas de saúde, entre elas, o controle da hipertensão arterial (BAPTISTA EKK, 2008).

6 MÉTODOS

Este trabalho teve como base uma revisão narrativa da literatura, visando identificar na literatura atual, as informações necessárias sobre HAS para elaborar um projeto de intervenção adequado. Será empregado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O desenvolvimento do PES compreende quatro momentos, assim chamados: 1) momento explicativo; 2) momento normativo; 3) momento estratégico e 4) momento tático-operacional. As etapas a serem desenvolvidas para a priorização dos problemas e escolha de um deles para elaborar um plano de ação são: seleção e descrição do problema, seleção dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

6.1 MOMENTO EXPLICATIVO

6.1.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

Os principais problemas identificados na área de abrangência são:

- Alta prevalência de HAS, com mal manejo e mal controle da doença;
- Elevada prevalência de diabéticos e doenças da tireóide;
- Alto índice de desemprego;
- Elevado índice de tabagismo.

6.1.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Todos os problemas têm uma importância alta e a capacidade de enfrentamento é parcial, mas pela urgência deles se decidiu dar prioridade a “Alta prevalência de HAS, com mal manejo e mal controle da doença” devido a sua relevância, urgência e também pela capacidade de resposta, considerando a capacidade de enfrentamento deste, necessitando baixos investimentos e apresentando boa capacidade de resolução com medidas simples, como medidas não-

farmacológicas, por exemplo, caminhadas, palestras, mudança de hábitos alimentares, etc.

6.1.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

Estabelecemos prioridades acorde aos problemas e concluímos que o principal problema é a alta prevalência de Hipertensos com mal manejo e controle da doença. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a HAS, são causas de morte muito frequentes na população, por não perceber as complicações que podem acontecer no caso de não acompanhá-las como deve ser feito. Com um bom controle do todos os FR que afetam os pacientes com risco de hipertensão como obesidade, o sedentarismo, tabagismo, uso excessivo de álcool e café, mãos hábitos de alimentação, podemos ter melhores resultados e controlar a doença. Por outro lado, existem pacientes que ainda não conhecem que sofrem de HAS e outros (a maioria) que tem HAS e acham que estão controlados, com ou sem sintomas e continuam com maus hábitos de vida, o que pode ser pior para sua evolução.

6.1.4 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A população total é de 2275 pessoas na área de abrangência, das quais 365 são hipertensas. Do total de hipertensos, 231 recebem acompanhamento na ESF, o que representa 63,28%. A maioria dos casos possui hipercolesterolemia e diabetes mellitus, muitos tomam a medicação errada, desconhecem suas doenças, os fatores de risco, os maus hábitos alimentícios e a obesidade. Este desconhecimento influencia negativamente na qualidade de vida e no aumento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, as quais são muito frequentes nestes pacientes. As atividades de promoção de saúde desenvolvidas com os grupos de hipertensos têm participação escassa. Assim somente 20% se favorecem destas importantes atividades.

6.1.5 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe da ESF Mundo Novo:

- A equipe tem que trabalhar muito para lograr um impacto direto sobre as causas que determinam o problema, de um jeito prático e oportuno que tenha um resultado lógico sobre a causa;
- É preciso lograr que toda a população da área de abrangência chegue à unidade para que ser cadastrada, porque não são todos os usuários que solicitam o nosso serviço e pelo fato de ser doença crônica.
- É mais frequente a procura à unidade por alguma demanda espontânea. Nesse momento é feita à pesquisa principalmente naqueles que estão assintomáticos e apresentam fatores de risco para que possamos suspeitar da doença. É por isso que deve ser ampliado o acesso da população aos serviços de saúde.

Causas relacionadas aos pacientes hipertensos:

- É mais frequente a procura à unidade por alguma demanda espontânea;
- Baixa procura da população aos serviços da ESF Mundo Novo.

6.1.6 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Os profissionais da saúde da ESF Mundo Novo slecionaram os seguintes nós críticos passíveis de intervenção e que poderão modificar a situação da HAS na comunidade:

1. Baixa cobertura do Programa de Saúde do Hipertenso;
2. Poucas ações de educação sobre os riscos da hipertensão arterial;
3. Hipertensos com ma adesão ao tratamento.

6.2 MOMENTO NORMATIVO

6.2.1 DESENHO DE OPERAÇÕES

A partir da explicação do problema, é elaborado um plano de ação, como forma de sistematizar as propostas apresentadas para solucionar o problema apresentado.

Nó crítico	Operação	Resultado esperado	Produto esperado	Recursos necessários
Baixa cobertura do Programa de Saúde d o Hipertenso.	Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço par a o atendimento aos hipertensos. Linha d e Cuidado Implantar a linha de cuidado para a HAS ; incluindo os mecanismos de referência	Oferta aumentada de consultas, Cobertura de 80% d a população com HAS	Capacitação pessoal, Linha de cuidado para a HAS implantada; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada.	Políticos decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros e aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo e elaboração do projeto de adequação. Implantada; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação

	e contra referência.			

				implantada; Gestão da linha de cuidado implantada. Cognitivo-elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político e articulação entre os setores da saúde e de adesão dos profissionais; Organizacional e adequação de fluxos (referência e contra referência).

6.2.2 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Quadro 2: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos da HAS.

Operação/Projeto	Recursos críticos

+ Saúde	Políticos: conseguir o espaço na rádio local; articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc,financiamento dos projetos. Organizacionais:

6.2.3 ELABORAÇÃO DO PLANO

OPERATIVO Quadro 3: Plano Operativo:

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável
Cuidar Melhor	Adequação da oferta de consultas, exames e medicamentos definidos nos protocolos à demanda, considerando a meta de 80% de cobertura	Equipamento da rede; Contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos	Apresentar projeto de estruturação da rede	Enfermeira Cintha Chefa da USF
Linha de Cuidado	Cobertura de 80% da população com	Linha de cuidado para HAS; Protocolos		EQUIPE

	HAS	implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada		
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre HAS	População mais informada sobre HAS	Avaliação do nível de informação da população sobre HAS; Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS e dos cuidadores		ACS Medico.
Viver com Saúde Modificar hábitos de vida	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano	Programa de caminhada Orientada; Campanha educativa na rádio local; Programa “Merenda Saudável”		EQUIPE

Aumentar o nível de conhecimento sobre a importância e benefícios sobre a boa adesão ao tratamento.	População com mais conhecimento sobre o tratamento, tentando chegar até um 100% com boa adesão ao tratamento	Pacientes hipertensos com uso regular da medicação		EQUIPE

6.3 MOMENTO ESTRATÉGICO

6.3.1 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PROJETO

A viabilidade do projeto está diretamente relacionada ao trabalho que será desenvolvido pelos profissionais da equipe de saúde, comunidade, secretaria de saúde e de educação

6.3.2 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

A principal finalidade deste passo é designar os responsáveis pelas operações/projetos, além de estabelecer prazos.

Por isso designe aos resposaveis segundo as operaçoes a serem realizadas, garantindo que se cumplam as açoes no prazo estabelecido,pois o prazo tambem depende das atividades a ser realizadas e dos recursos disponiveis.

6.4 MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL

6.4.1 GESTÃO DO PLANO

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

1 Programa de caminhada orientada	ACS	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as microáreas		
2 Campanha educativa na rádio local	EQUIPE	3 meses	Atrasado	Formato e duração do programa definidos; Conteúdos definidos; Falta de definição de horário pela emissora local	1 mês
3 Projeto “Merenda Saudável”	EQUIPE	3 meses	Projeto ainda em discussão com a Educação	Resistência das cantinas das escolas em não comercializar alimentos não recomendados pelo programa	2 meses.

7 CRONOGRAMA

Procedimento	Set	Out	Nov	Dez	Jan
Apresentação do projeto para a enfermeiro e para as agentes comunitárias de saúde.	x	X			
Capacitação de equipe de saúde da família.		X			
Seleção dos Hipertensos cadastrados.			x		
Pesquisa inicial dos conhecimentos sobre HAS			x		
Desenvolver ações de educação em saúde /Hipertensão arterial.				X	
Momento Explicativo	x	X			
Momento Normativo		X	x		

Momento Estratégico			x	X	
Momento Táctico Operacional.				X	x

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a elaboração deste trabalho contaremos com a ajuda das seguintes pessoas: equipe 3 de saúde da USF Mundo Novo do município de Novo Hamburgo/RS (médico, enfermeira, odontóloga, psicóloga, agentes comunitários, secretaria da unidade de saúde, líderes da comunidade), também precisamos de lápis, rascunho, caneta, folhas, calculadora, telefono, transporte, folhetos educativos, computadores, esfigmo, esteto.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização deste projeto pretende se reorganizar as ações de educação em saúde realizadas pela Unidade de saúde familiar, incrementando os conhecimentos sobre Hipertensão Arterial a fim de que se possa lograr uma redução significativa dos fatores de risco, e controle sobre a HAS e evitar as complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006

V DIRERIZES BRASILERAS DE HIPERTENCAO ARTERIAL (VI DBH). Arq Brás Cardiol 2006.

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DE SAUDE. Disponível em: http://www.opas.org.br/prevencao/mos info.cfm?codigodest=216.

CHOBANIAN, AV; Bakris GL, Black HR, Cushman WC et al (Dezembro 2003). «Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

CARRETERO, OA; Oparil S (Janeiro 2000). «Essential hypertension. Part I: definition and etiology.

WHITWORT, JA; International Society of Hypertension Writing Group (Novembro 2003). «2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension.

Medicina preventiva no idoso, Eurico Thomaz de Carvalho Filho, Serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo». Consultado em 31 de dezembro de 2012.

FRANKLIN, STANLEY S; Wilkinson IB, McEniery CM (Fevereiro 2012). «Unusual hypertensive phenotypes: what is their significance?». Hypertension (em inglês). 59 (2): 173–8. PMID 22184330 .

WILLIANS, B; Poulter NR, Brown MJ, Davis M et al (Março 2004). «Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004—BHS IV». Journal of Human Hypertension (em inglês). 18 (3): 139-85. PMID 14973512. doi:10.1038/sj.jhh.1001683 .

WHELTON, PK; He J, Appel LJ, Cutler JA et al (Outubro 2002). «Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program». JAMA (em inglês). 288 (15): 1882-8. PMID 12377087. doi:10.1001/jama.288.15.1882.

ROLIM N, BRUM P. Efeitos do tratamento físico aeróbio na hipertensão arterial. Hipertensão. 2005; 8 (1): 35-7

KROUSEl-WOOD, et to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. Méd. Clin North Am. 2009; 93(3): 753-69.

LIMA SML, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009; 25.

PAIVA DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006;22.

BAPTISTA EKK, Marcon SS, Souza RKT. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008;24.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO DE PARTICIPANTES

O objetivo deste projeto de intervenção é conscientizar a população sobre os malefícios da hipertensão arterial e estimular mudanças de hábitos de vida saudável na população

Data:_____ Hora: _____

Lugar de entrevista: _____

Idade:_____Escolaridade:_____Religião: _____

Sexo:_____Estado Civil:_____Raça: _____

História de doença familiar_____

Dados Físicos

Peso:_____ Estatura:_____IMC: _____

Pa:_____Fc:_____Ca:_____

1-Que conhece sobre lá hipertensão arterial? _____

_____

2-Doença associadas

Diabetes mellitus: _____

Hiperlipidemias: _____

Outras _____

3-Ocupação

Empregado: ___

Desempregado: ____

Operário: _____

Artesão: ___

Outras: _____

4-Escolaridad

e Iletrado: ___

Primária: _____

Secundária: _____

Superior_____

5-Hábitos tóxicos:

Alcoolismo: _____

Fumante:_____:

Uso de Drogas: _____

6- Pratica atividades física:

Sim: _____

Nao: _____

7-Alimentação

balanceada. Sim:__

Nao:_____

8-Quais são os alimentos que mais você

consume: Frutas:__

Verduras:_____

Vegetais:_____

Carnes:_____

Graos:_____

Que contem farinhas:_____

8-Tratamento:

Tem recebido Tratamento? _____

Existe algum controle médico? _____

Quem lhe administra a medicação? _____

Que medicamentos toma no tratamento? _____

Algum medicamento produziu-lhe moléstias? _____

Quanto tempo tem com o tratamento? _____

Que resultados tem tido com o tratamento? _____

2 CARTAZ DE ORIENTAÇÕES PARA USUARIOS DE INSULINA E CADERNETA DE HIPERDIA.

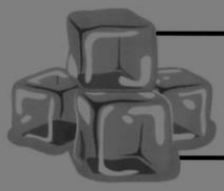
Regina Comunidade
Estratégia de Saúde da Família

Assistência farmacêutica
USF Palmeira

Orientações para usuários de insulina

ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO

Guardar sempre em geladeira, longe do congelador (2 a 8° C). Não guardar na porta.



Embalagem térmica para transporte (isopor, pote com gelo).

Após aberto, o frasco tem validade de 4 a 6 semanas

ANTES DA APLICAÇÃO

Retirar da geladeira 30 minutos antes de aplicar. Agitar suavemente ou rolar o frasco entre as mãos.

Data	Hora	TA	Hgt	Peso	Ass.

HOSPITAL REGINA
Ciência e fé pela vida

Regina Comunidade
Estratégia de Saúde da Família

HIPERDIA

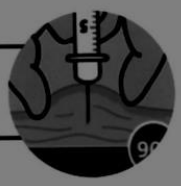
Nome: _____

D.N.: _____

Endereço: _____

Família: _____ Microárea: _____

APLICAÇÃO

Limpar o frasco e o local de aplicação com algodão banhado em álcool.

Fazer prega na pele para evitar que se atinja o músculo.