



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

**PILAR RAMONA ALCORTA REYES**

**TITULO: PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

PILAR RAMONA ALCORTA REYES

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para conclusão do curso e obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família

PROF: Manoela Jorge Coelho Alves .

Parobé/RS  
2018

## **DEDICATÓRIA**

A minha família pela compreensão é apoio em tudo momento de minha vida

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ficar perto de mim cada minuto da minha vida.

A meus tutores pela ajuda e orientação oferecida incondicionalmente.

A minha equipe de saúde pelo apoio em meu atuar cotidiano.

A meus colegas Brasileiros e Cubanos que me ofereceram sua ajuda desinteressada.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO DO PORTAFOLIO-----	6
2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO -----	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE ,E NÍVEIS DE PREVENÇÃO -----	14
4. VISITA DOMICILIAR -----	18
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA-----	22
6. REFÊRENCIAS -----	24
7. ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO -----	25

## INTRODUÇÃO

Meu nome é Pilar Ramona Alcorta Reyes. Tenho 48 anos, sou natural de Cuba, onde cresci e terminei minha educação básica em escolas públicas, sendo a educação gratuita em meu país. Estudei Medicina na Faculdade da Província Las Tunas, na parte oriental de meu país, me graduei no ano de 1992. Em seguida, comecei a cursar a especialidade em Medicina Familiar, num período de três anos, com uma forte formação humanista. Fiz serviço social durante dois anos, trabalhando com povos da área rural. Tenho 25 anos de graduada e em 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil. Há um ano estou trabalhando na cidade de Parobé/RS, em uma Unidade de Saúde deste município.

O município de Parobé/RS situa -se no estado de Rio Grande Do Sul e possui uma população de 55.486 habitantes. Os serviços de saúde disponíveis no município são: um hospital situado na zona urbana, dez unidades de saúde da família (USF), um centro de atenção psicossocial (CAPS), um núcleo de apoio psicossocial da infância e adolescência (NAPIA), um centro de especialidades, que oferece atendimento de urgência, serviço de pré-natal, acompanhamento pediátrico e vacinação. Nosso hospital possui serviços de tomografia, cirurgia geral, proctologia, traumatologia , cirurgia vascular, urologia e outros serviços.

A população de Parobé/RS é composta, principalmente, por descendentes de alemães e italianos. O setor que mais emprega é a indústria do calçado, sendo que uma boa parte dos parobeenses trabalha nessas indústrias, que são muitas, dentre elas, a Botero, a Azaleia e a Bibi. Em minha população existem quatro escolas, três padarias, cinco igrejas, cinco fábricas de calçado, doze lojas, oito farmácias. A cidade possui uma região central relativamente limpa, a coleta do lixo é diária e a escolaridade da maioria da população é o Ensino Médio .

A Unidade Básica de Saúde Central, onde trabalho, localiza-se na zona urbana de Parobé. Possui uma equipe formada por três médicos, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, um dentista, quatro agentes comunitários de saúde.

A unidade possui 332 famílias cadastradas, num total de 1019 pessoas. Temos um grande número de usuários hipertensos, que representam 9,7% da população e a maioria deles encontra-se na faixa etária acima de 60 anos.

Escolhi este tema para meu trabalho, visto o alto grau de incidência desta doença no município, ou seja, é um assunto relevante para a saúde da nossa população.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar os principais fatores de risco da hipertensão arterial, para assim contribuir com o desenvolvimento de novas pesquisas, atividades educativas de promoção, prevenção e controle com a finalidade de diminuir as complicações da hipertensão arterial e assim melhorar a qualidade de vida dos usuários.

## **ATIVIDADE 2 PORTFÓLIO. ESTUDO DO CASO CLÍNICO**

Trata-se de um paciente masculino de 42 anos de idade J.L.M, casado, que mora com sua mulher e filhos no centro de Parobé/RS e trabalha em uma fábrica de calçados.

Reside em uma casa de boas condições. Sua situação econômica é regular. No ano passado seu pai faleceu, por este motivo o paciente encontra-se deprimido. Sua mulher relata que ele não consegue falar direito com ela e que ele se queixa muito, dizendo que não está se sentindo bem, e que está aguardando consulta para o dia 02/03/2017.

Ele vem à consulta no dia e apresenta os seguintes dados de triagem: PA: 210/110

Peso: 80 kg

Relata que está muito nervoso, triste, não dorme direito, tem cefaléia e vertigem há algum tempo. Diz ainda que come muito pela madrugada e que não tem hábitos tóxicos.

### **EXAME FÍSICO DO PACIENTE**

Mucosas: úmida, de cor normal, hidratada.

Aparelho respiratório: não estertores, barulho vesicular normal, FR: 18 x minuto.

Aparelho cardiovascular: Batimentos cardíacos normais, não sopros, FC :84 por minuto, pulsos presentes grau 3, não gradiente térmico, TA:210/110, MMHG alta e enchimento capilar normal.

Abdômen: mole, não visceromegalia, aumentado de volume, RHA presents e normal.

Aparelho digestivo: normal

Membros inferiores: normais, sem edemas.

Membros superiores: normais.

SNC: normal, orientado em tempo, espaço, e pessoa.

Pela sintomatologia que apresenta o paciente suspeito de uma Hipertensão Arterial e ansiedade, solicito exames de sangue, Rx de tórax, ultrassonografia de abdômen total, fundoscopia, ECG, QUE. Encaminho a um psicólogo e psiquiatra. Oriento dieta baixa de sal, gorduras, frituras, e a realizar exercícios físicos. Informo que o paciente tem que levar um estilo de vida saudável. Indico agendar retorno e prescrevo captopril 25 mg, 1 comprimido sublingual no momento da triagem. Em seguida, solicito avaliação da tensão por 7 dias.

O paciente retorna no dia 16/03/2017 com os seguintes dados de triagem: PA: 180/100 MMHG

Peso: 85 kg

Tamanho: 168 cm

IMC:30,0 obeso

Exames de 10/03/2017

Mostra o exame: glicemia 89 mg/dl normal, Hb 15 g/dl, colesterol total 250mg/dl, triglicerídeos 200 mg /dl altos, EQU normal, ECG normal, ácido úrico normal, uréia 18 mg/dl, creatinina 0,50 mg/dl.

O paciente relata que foi avaliado pela psicóloga e psiquiatra, que indicou tratamento com Diazepan 10 mg, 1 comprimido de 12/12h. Foi diagnosticado com Síndrome ansioso-depressivo.

## INDICO

-Sinvastatina 20mg, 1 comprimido pela noite.

-Oriento dieta baixa em sal, carboidratos e gorduras.

-Enalapril 10 mg, 1 comprimido de 12/12h.

-Hidroclorotiazida 25 mg, 1 comprimido de manhã.

-AAS 100mg após de almoço.

Solicito retorno à consulta em 15 dias, em 02/04/2017

Neste dia faço interrogatório sobre histórico familiar e descobro que o paciente tem mãe e pai com Hipertensão arterial. O pai dele morreu vítima de um infarto do miocárdio. Faço interrogatório para conhecer seu estado de saúde atual e ele diz que tem insônia e que segue certinho o tratamento, mas não consegue fazer exercícios físicos ainda, já que não tem disposição.

Triagem

TA: 150/90

Peso: 80kg

### EXAME FÍSICO DO PACIENTE

Mucosas: úmidas de cor normal.

Aparelho respiratório: ausculta normal, não estertores, FR 18 por minuto.

Aparelho cardiovascular: batimentos cardíacos rítmicos, não sopros, FC: 87 por minuto, enchimento capilar normal.

TA: 150/90 mmhg, não gradiente térmico, pulsos periféricos normais. Aparelho Digestivo: normal

SNC: sem alterações

Membros inferiores : não tem edemas.

Encaminho o paciente para oftalmologista para fazer fundoscopia, já que em nossa UBS não temos oftalmoscópio. Encaminho à nutricionista para avaliação, já que o paciente apresenta obesidade. Oriento mudança no estilo de vida mantendo uma alimentação adequada, rica em frutas, verduras, vegetais, restrição de gorduras, farinhas, diminuição do sal nos alimentos, diminuição dos refrigerantes, consumir água em abundância, de 2 a 3 litros ao dia, evitar o cigarro e a ingestão de álcool .

Oriento fazer academia, largas caminhadas e a andar de bicicleta.

Oriento retorno dentro de 15 dias para ver resultado de ultrassonografia abdominal total e verificar como está o tratamento indicado.

Vem a consulta no dia 17/04/2017 - Triagem: Peso: 79 kg

PA: 140/90

Informa que foi avaliado pela nutricionista, que indicou um plano de alimentação e agendou retorno. Desde que começou a dieta, emagreceu 6 kg, faz academia três vezes por semana há quinze dias. Traz ultrassonografia apresentando esteatose hepática grau 1.

Controle de cifras de PA:

1° SEMANA - 210/110 MMHG

2° SEMANA - 180/100MMHG

3° SEMANA - 150/90 MMHG

4° SEMANA - 140/90MMHG.

## MEDIDAS A TOMAR NESTE CASO

Foi realizado um tratamento não farmacológico, com mudanças no estilo de vida, realização da dieta. Conforme os protocolos de atenção básica em saúde do Ministério da Saúde, o diagnóstico da hipertensão arterial consiste na média aritmética de PA maior ou igual a 140/90mmhg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (Sociedade Brasileira de Hiperten, Sociedade Brasileira De Cardiologias, Sociedade Brasileira De Nefrologia, 2010)

As principais drogas utilizadas para o manejo terapêutico da hipertensão arterial farmacológica são apresentadas nos dois parágrafos seguintes:

Neste caso, a primeira medida para o tratamento da hipertensão arterial e seus fatores de risco são os diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima convertidora de angiotensina ou antagonistas da angiotensina<sup>2</sup>.

A associação entre diuréticos tiazídicos (ou ACC) e/ou antagonistas da angiotensina<sup>2</sup> ou betabloqueadores é extremadamente racional, particularmente em relação ao sinergismo de efeito sobre o sistema renina- angiotensina-aldosterona (SRAA). (Dickerson ET AL,1999,Deary ET AL , 2002).

Retorno à consulta em 20 dias, em 27/04/2017 para avaliação. Dados de triagem:

Peso: 75 KG

PA: 130/80MMHG

Altura: 168 cm

IMC: 26 cm (sobrepeso) .

É feito exame físico e avaliação completa do paciente, que foi avaliado novamente pela nutricionista e continua seguindo as orientações da dieta, e com a realização sistêmica de exercícios está conseguindo diminuir o peso .

Informa se sentir muito melhor, dorme bem, faz a dieta e exercícios físicos. Agendo consulta para avaliação no dia 16/05/2017

- Triagem:

Peso: 72 kg

Altura: 168 cm

IMC: 25,5 (peso normal). PA: 130/80

O paciente foi avaliado pela psiquiatra no dia 05/05/2017 e apresentou melhora no quadro de depressão. Decide diminuir a dosagem de Diazepam 5mg pela noite e diminuir a Amitriptilina 25mg para 10 mg.

Ele conseguiu atingir as metas de pressão arterial e de seu peso após dois meses e meio de mudança no estilo de vida. Com a dieta e os exercícios físicos, conseguiu chegar ao peso ideal para o seu tamanho. Não apresenta sintomas e encontra-se estável. Agendo consulta dentro de três meses.

## Promoção de saúde

A Educação em Saúde é um mecanismo de integração entre o saber científico e o popular.

Os objetivos principais são a compreensão da origem e desenvolvimento dos agravos à saúde e o autocuidado. A educação em saúde classifica-se em: educativa, preventiva, radical e de desenvolvimento pessoal.

A nível mundial aumenta a promoção de saúde com a finalidade de prevenir a incidência e prevalência das doenças agudas e crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

A atuação em saúde controla as doenças com o objetivo principal de diminuir os agravos à saúde, aumentando o autocuidado, garantindo a intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

A UBS na qual atuo, a equipe de trabalho leva a cabo as atividades de promoção de saúde de forma constante e bem organizada.

Faz oito meses que comecei a trabalhar na UBS Santa Cristina do Pinhal, ainda no município de Parobé/RS. Onde trabalho a população é grande e diversa, e a maioria é maior de 50 anos, portanto temos um elevado número de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis também, como Diabetes Mellitus Dislipidemias, Hipertensão, Cardiopatias isquêmicas, associadas a fatores de risco muito frequente em minha população como, obesidade, hábitos alimentares inadequados, hábitos tóxicos e dietas com excesso de gorduras.

Minha equipe elaborou um plano de ações de promoção e prevenção em saúde com o objetivo de mudar estilos de vida, aumentando a educação em saúde.

Em nossa UBS realizamos uma reunião para informar à equipe sobre toda a necessária importância em pesquisar todos os pacientes de nossa comunidade que apresentavam doenças crônicas e também aquelas que possuem fatores de risco que podem levar a estas doenças.

Cada integrante da equipe tem uma responsabilidade diferente e muito importante e trabalhando em conjunto o trabalho se torna muito melhor.

Quando a equipe foi realizar o trabalho na comunidade, conseguimos conhecer muitos pacientes com doenças crônicas e outros com fatores de risco que levam a eles a sofrer destas doenças.

No caso da Hipertensão, são muitos os fatores que podem influenciar na adesão ou não ao tratamento. Entre os fatores destacam-se: o gênero, a idade, grau de instrução, condição socioeconômica, estado civil, crenças, apoio familiar, entre outros. (VITOR ET AL, 2011).

Em consulta avaliamos o paciente de forma integral. Os pacientes diabéticos e hipertensos com uma dieta com excesso de gorduras e farinhas, aqueles que não fazem o tratamento de forma continuada, que não tem avaliação por odontologista e oftalmologista. A equipe faz um trabalho de promoção de saúde de forma regular, encaminhando pacientes ao nutricionista, prescrevendo tratamentos que ajudam na mudança no estilo de vida e um adequado controle de sua dieta. A equipe faz uma pesquisa da glicemia de pressão arterial, um acompanhamento adequado de sua doença pelo médico geral e oferece atividades como, palestras conversas sobre suas doenças e fatores de risco, além de exercícios de relaxamento.

Através da promoção e prevenção de saúde temos obtidos resultados muito positivos em nossa UBS. Com nosso trabalho, a problemática de saúde vem diminuindo, assim como a morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis. As pessoas têm modificado seus estilos de vida, passando a praticar exercícios físicos e a melhorar a dieta, diminuindo muitos fatores de risco que levam ao padecimento destas doenças e suas complicações.

Fazemos um grupo de hipertensos onde damos palestras para prevenir os fatores de risco que poderiam desencadear as doenças, assim mantemos boa adesão ao tratamento. Também fazemos caminhadas, exercícios passivos, vídeos sobre os cuidados da doença. O encontro do grupo é as quartas-feiras à tarde e

conta com o apoio dos agentes comunitários, da enfermeira e da médica.

Na UBS Pinhal toda a semana fazemos visitas domiciliares planejadas com aqueles pacientes doentes, impossibilitados de comparecer à unidade de saúde. A ajuda dos agentes comunitários de saúde é muito importante, já que eles comunicam para nós aquelas pessoas que precisam de pronto atendimento. Logo, a equipe dá prioridade àqueles que são mais vulneráveis e que tem maior necessidade.

A visita domiciliar é uma importante ferramenta de trabalho para a realização da assistência médica domiciliar onde o principal objetivo é a avaliação do paciente doente. Nela, a equipe faz ação de saúde para viabilizar o cuidado da pessoa doente. São pacientes vulneráveis que podem ter doenças físicas e/ou psíquicas com necessidade de uma avaliação integral de forma individual e/ou conjunto com sua família.

As visitas domiciliares têm como objetivo resolver as dificuldades, e problemas tanto físicos, psíquicos, emocionais e de reabilitação. Muitas vezes os problemas são resolvidos com só uma visita, noutras, é preciso fazer reavaliação dos casos e encaminhá-los a outras especialidades.

Nossa equipe é bastante profissional e qualificada, fazendo um trabalho satisfatório, já que ajuda nossa comunidade com seus problemas de saúde.

Em minha UBS fazemos vacinas, onde um técnico de enfermagem cuida do programa de vacinas. Vacinam-se crianças, gestantes, idosos e o restante da população. Temos diferentes vacinas como: febre amarela, AH1N1, toxoide tetânico, HbsAg, PRS, Antimenigo.

Outra das atividades que fazemos são as consultas de puericultura nas quais avaliamos as crianças até os dois anos de idade, procurando diferentes aspectos que precisamos conhecer, como desenvolvimento psicomotor. No exame físico do abdômen procuramos tumores e hepatopatias. No exame físico do sistema nervoso central, procuramos os sinais neurológicos, que precisam estar normais de acordo com a idade, assim como os reflexos. Orientamos as mães quanto a higiene das crianças, falamos sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e um aleitamento complementar, que se inicia a partir dos seis meses até os dois anos de idade.

O trabalho da equipe tem sido muito importante para garantir uma boa e

adequada prevenção de saúde na comunidade, e assim conseguir resultados muito satisfatórios no trabalho cotidiano. O objetivo é prevenir as distintas doenças e fatores de risco que afetam à população e que podem ser controladas por meio de atividades de promoção e prevenção da saúde. Se trabalharmos em conjunto e organizadamente, planejando ações e estratégias de saúde em benefício do indivíduo e a família, conseguiremos diminuir os índices de morbimortalidade da população.

## VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma ferramenta que faz parte do cotidiano do trabalho das unidades básicas de saúde, sendo os agentes comunitários de saúde os responsáveis em visitar diariamente as famílias das áreas de abrangência das UBS. (Brasil, 2011)

Para a realização da visita domiciliar, a equipe de saúde elabora um plano de cuidado para cada paciente de forma individual e para cada situação específica. A família deve participar no cumprimento do tratamento e acompanhamento dos membros que ficam doentes. Ela também é responsável pela realização das orientações e tratamentos do familiar doente.

O espaço domiciliar tem uma dimensão de alta complexidade. Para atuar neste espaço são necessários, além de competências, técnicas que os profissionais tenham habilidades na forma de fazer saúde, diferente de seu cotidiano na Unidade básica de Saúde. (Gaiva e Siqueira, 2011).

O momento da visita domiciliar representa uma possibilidade de ampliação de vínculos com os familiares. Serve de subsídio para a elaboração do diagnóstico situacional com base na realidade local. Oportuniza uma atenção mais humanizada e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde das famílias. (Cunha e Sá, 2013).

Quando a equipe médica faz a visita domiciliar, realiza os procedimentos clínicos, como a tomada de sinais vitais, pulso, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, além de fazermos HGT a pacientes diabéticos e de alto risco, como os obesos, sedentários, pacientes com hipercolesterolemia, idosos, grávidas com histórico familiar de Diabetes Mellitus. Assim podemos diagnosticar precocemente estas doenças.

Também em casos de pacientes acamados com membros amputados, com escaras ou úlceras, a enfermagem realiza curativos e outros procedimentos que os pacientes necessitam. Também avaliamos o paciente que possui diversas doenças, solicitando exames laboratoriais, eletrocardiograma, radiografias, ultrasonografias, para um melhor acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas e crônicas não transmissíveis.

A cada visita, a equipe avalia os aspectos epidemiológicos que estão presentes, fazendo a vigilância epidemiológica tendo com a rede de apoio de nosso município, comunidade e família. São realizadas palestras e orientações para estimular os pacientes a conseguir mudanças para um estilo de vida mais saudável, no que diz respeito aos hábitos alimentares, à higiene da família, da casa e da comunidade, além do cuidado com a qualidade da água e dos alimentos.

A família tem um papel muito importante na mudança do estilo de vida do paciente doente. Em seu tratamento e acompanhamento, as orientações dadas pela equipe para o seu cuidado, são seguidas pelos membros da família. Para obter um bom resultado na visita domiciliar, temos que levar em consideração o genograma da família, que é um aspecto muito importante para conhecer as crises da família. Também consideramos os relacionamentos entre eles, suas dificuldades econômicas, psicológicas, biológicas e sociais.

Na UBS em que atuo o trabalho está organizado, mas não possuímos um sistema de prontuário eletrônico, que são feitos a mão. A maioria dos pacientes avaliados em visitas domiciliares sofrem de doenças crônicas como a Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial, Cardiopatia Isquêmica, afecções vasculares como AVC. Alguns são pacientes acamados com hemiplegia, paraplegia, impossibilitados de fazer qualquer atividade. Muitos são pacientes com idade avançada e com doenças associadas.

Quando o paciente precisa de reabilitação física e motora por seqüelas de AVC ou acidentes, a equipe faz contato com a equipe de reabilitação para ajudar na recuperação do paciente.

Em nossa visita avaliamos os exames já feitos com anterioridade em outras visitas domiciliares. Para realizarmos as visitas domiciliares contamos com o apoio da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Saúde de nosso município, disponibilizando um veículo para realizarmos um trabalho mais rápido e eficaz, assim também podemos fazer as visitas em períodos de frio intenso e chuvas contínuas. Com as visitas, obtemos dados do prontuário de família, que porventura não estejam presentes nas fichas de atendimento individual, analisamos os problemas de saúde da família e dos pacientes doentes para assim fazer um diagnóstico adequado e tratamento oportuno.

Na UBS de Santa Cristina do Pinhal fazemos visitas domiciliares planejadas todas as semanas para aqueles pacientes com doenças que os impossibilitam de vir até a unidade de saúde. A ajuda dos agentes comunitários de saúde é muito importante, pois eles nos informam as pessoas que precisam de pronta avaliação. A equipe, então, dá prioridade para aqueles que são mais vulneráveis e que tem maior necessidade de atendimento.

A visita domiciliar é uma importante ferramenta de trabalho para a realização da assistência médica domiciliar, em que o principal objetivo é a avaliação do paciente doente. A equipe faz a ação de saúde para viabilizar o cuidado da pessoa doente, já que são pacientes vulneráveis com dano físico e/ou psíquico e com necessidade de uma avaliação integral de forma individual e ou em conjunto com sua família.

A visita domiciliar tem como objetivo resolver ou minimizar as diversas dificuldades e necessidades de saúde que os pacientes enfrentam. Em muitos casos os problemas são resolvidos com só uma visita e, às vezes, é preciso fazer uma nova avaliação dos casos e, se necessário, encaminhar os pacientes a outras especialidades.

Considero que as visitas domiciliares constituem uma ferramenta de trabalho eficaz, pois ajudam no cuidado com os pacientes impedidos de se locomover até a unidade de saúde, por razões da deterioração da saúde, além de otimizar o trabalho de toda a equipe multiprofissional.

## REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização é muito proveitoso para mim, já que consegui fortalecer e aperfeiçoar meus conhecimentos e aprender um pouco mais. Através das atividades e casos clínicos pude melhorar minhas habilidades como médica. Gostei muito das aulas, pois este curso permitiu colocar em prática nossos conhecimentos. Compartilhando com nossos colegas de aula, consegui me atualizar como médica nas questões da organização e do planejamento das ações de saúde e programação das consultas e visitas domiciliares. Também pude aperfeiçoar meu conhecimento com o acompanhamento, tratamento e encaminhamento das doenças crônicas, como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, incluindo saúde mental e pacientes usuários de drogas, além de puericultura e gestantes. Consegui que os pacientes com doenças crônicas conhecessem a importância de levar seu tratamento de forma contínua para assim não descontrolar sua doença. Muitos não conheciam que seus males não têm cura, mas podem ser controlados com hábitos de vida mais saudáveis e com um tratamento continuado.

As consultas de idosos e pacientes com problemas mentais são difíceis, já que a obtenção das informações, dados de seu tratamento não são confiáveis. Nas consultas de puericultura conseguimos aumentar o número de mulheres que proporcionam o aleitamento materno exclusivo. Conseguiu-se, em cada consulta, que as mães trouxessem as cadernetas de vacinação das crianças, nas quais preenchemos com dados dos bebês, como as vacinas atualizadas, os dados antropométricos, a curva de peso, tamanho e circunferência cefálica, torácica. O desenvolvimento do bebê é muito importante para assim definir qualquer doença precocemente e tomar a conduta adequada.

O curso nos permite interagir entre colegas e assim dar uma melhor atenção de saúde a população. Fizemos grupos de gestantes, adolescentes, idosos, saúde da mulher, incluindo o risco pré-concepcional e como planejar seus filhos.

Identificamos os fatores de risco que levam a doenças crônicas e assim minimizar a incidência de problemas. Os indivíduos não diagnosticados e não tratados adequadamente são uma causa relevante de mortalidade, além do abandono ao tratamento.

É importante ressaltar que a não adesão do paciente ao tratamento é um grande desafio para os profissionais da saúde envolvidos. É importante a implementação de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção das doenças. Nas reuniões de equipe fazemos esclarecimentos das dúvidas, discussão de temas de saúde. A equipe debate e preocupa-se com casos sociais com problemas sérios de drogas, álcool, abusos à mulher e crianças, famílias com baixo poder aquisitivo, mães solteiras com vários filhos e outros casos.

Para melhorarmos a comunicação entre a equipe e paciente, desenvolvemos atividades como palestras, visitas domiciliares, que são muito importantes e necessárias, pois ficamos mais perto das famílias. Para um melhor desenvolvimento de nosso trabalho, oferecemos atividades de promoção e prevenção em saúde na atenção básica, garantindo uma mudança nos hábitos de vida, para assim diminuir os indicadores que afetam de forma negativa a saúde de nossa população.

## REFERÊNCIAS

- 1-Revista Bras Hipertens . 2009 ; 16 (1);38-4
- 2-J Pediatr.2001;2:153-64.
- 3..Mackay J ,Mensah GA . The Atlas of Heart Disease and Stroke .Geneva :World Health Organization ;2004.
- 4..Wolf-mainer k cooper RS ,Kramer H banegas JR Giampaoli S Joffies MR, it AL .Hypertension treatment .and control in Five .European countries , Canadian and de Unite Estates . Hypertension .2004; 43( 1):10-7
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.
6. SCHMIDT et AL.,2011.
- 7.SHERMA et AL., 2004,MARQUEZ et al. 2007,grandi et al. 2006.
- 8.SCHMIDT,M.L.et al. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSIVEIS NO BRASIL .CARGA E DESAFIOS ATUAIS .THE 9
- 9.LANCET,LONDON,v.377,n,9781,p1949\_1961. Junho 2011.
10. BRASIL, 2011. Disponível em: [www.brasil21.gov.br](http://www.brasil21.gov.br). Acesso em 08/06/2017.
11. CUNHA e SÁ. Sérgio Antônio Cunha e Alberto Sá. Disponível em: [www.esfsaude.com.br](http://www.esfsaude.com.br). Acesso em 03/07/2017.
12. GAIVA e SIQUEIRA. Júlia Carmen Gaiva e Pedro Bueno Siqueira. Disponível em: [www.saudenopais.com.br](http://www.saudenopais.com.br). Acesso em 27/06/2017.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasília.2011.
14. NEVES, TATIANA PEREIRA DAS. Reflexões sobre a Promoção de Saúde. Revista Espaço Acadêmico, nº 62. Julho 2006.
15. ITOR, CÁSSIO SOARES; BARBOSA, ANGÉLICA; MENDES MANUEL DA COSTA e CASTRO RAUL FERNANDO. Dimensões da Saúde Pública Brasileira, pg, 252.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PORTO ALEGRE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Dra PILAR RAMONA ALCORTA REYES**

**TÍTULO: PRINCIPAIS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**Porto Alegre /RS**  
**2017**

<b><u>SUMÁRIO.....</u></b>	<b><u>2</u></b>
1 INTRODUÇÃO.....	4
PROBLEMA .....	5
JUSTIFICATIVA .....	6
<b><u>OBJETIVOS .....</u></b>	<b><u>9</u></b>
Objetivos	Gerais9
Objetivos	Específicos9
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	10
6 METODOLOGIA .....	11
7 CRONOGRAMA .....	13
8 RECURSOS.....	14
9 RESULTADOS ESPERADOS .....	15
REFERÊNCIAS .....	19
APÊNDICE 1 .....	16
APÊNDICE .....	17

## RESUMO:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia que atinge cerca de 30% da população adulta. As doenças cardiovasculares é um dos mais importantes fatores de risco,o objetivo desta pesquisa foi descrever através da revisão de literatura os fatores de risco que causam a hipertensão arterial sistêmica.

Para isto realizou-se um questionário que aplicou-se a usuários hipertensos no território do bairro Centro que se localiza na área do município Parobé, no Estado de Rio Grande do sul

Com uma população total de 1019 habitantes,pela equipe de saúde da USB de unidade Central donde são 80 hipertensos que representa 9,7% da população total.

Dentre os resultados apresentados observou-se que os principais fatores de risco foram,sedentarismo, antecedentes familiares de (HAS), estresse, obesidade,e ingestão inadequada de sal na dieta.

Isto aponta para a necessidade de se implementar ações mais afetivas nas atividades educativas contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença. Contudo este estudo pretende contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas, atividade educativa do enfermeiro aos usuários portadores de hipertensão arterial fazendo estratégias especiais de promoção,prevenção,e controle,para evitar complicações decorrentes da hipertensão arterial sistêmica.

Deve ser acompanhada ao longo de seu curso com medidas de controle que visem a qualidade de vida do portador e a prevenção de complicações.

Palavras chave: Fatores de risco. Hipertensão arterial Sistêmica, Doenças cardiovasculares.

## INTRODUÇÃO :

**Hipertensão arterial** é uma doença crônica determinada por elevados níveis pressóricos nas artérias o que faz com que o coração exerça maior esforço do que o necessário para fazer circular sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica). A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmHg para a sistólica e entre 60 e 90 mmHg para a diastólica. Para que os valores sejam confiáveis, a medida deve fazer-se após um período de repouso de 5 a 10 minutos num ambiente tranquilo (HERMAN, 1997).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular DVC aumenta progressivamente com elevação da PA a partir de 115 y 75 mmhg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7.6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, ocorrendo a maioria delas em países baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIANS.2010)

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Nos anos de 1996 e 2010, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2015. (SCHMIDT, 2011)

No entanto, outros estudos mostram que a taxa varia de região para região, desde taxas de 0% nos Bushmen do deserto do Kalahari (a ausência de sal na alimentação tem sido considerada como uma das razões mas também a alimentação à base de carnes com pouca gordura, ausência de alimentos fritos, etc), 3,4% (homens) e 6,8% (mulheres) na Índia rural, até taxas alarmantes de 34% na população americana, apresentando os adultos afro-americanos as taxas de hipertensão mais altas do mundo (44%). Seguindo as normas de JNC7, foi feito um estudo prospectivo Cortar sobre a taxa de incidência de hipertensão em Portugal, mais precisamente na região do Porto. 300 000 indivíduos foram contactados por telefone no domicílio. A idade mínima de inclusão no estudo foi 18 anos e a máxima 80 anos, a pressão arterial considerada como hipertensão  $\geq 140/90$ . Os valores encontrados são impressionantes pois cerca de 40% da população são hipertensos e há uma taxa de incidência de 47,3/1000-ano (cerca de duas vezes mais que na população espanhola). A conclusão deste estudo é: Portugal tem uma taxa de incidência muito alta, a qual aumenta com a idade, a falta de escolaridade e a obesidade. A Polónia também apresenta muito taxas elevadas. A população estudada englobou indivíduos dos 18 aos 93 anos, considerando  $\geq 140/90$  como sendo hipertensão (GRANDI, 2006)

No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada (LEENEN, 2008). As pessoas com maior número de fatores de risco encontravam-se com melhor tratamento e controle. Um estudo de prevalência e manejo dos hipertensos, realizados na província de Ontário, descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS e 52% acima de 60 anos (MOHAN, CAMPBELL, 2008). Os dados apresentados representam o topo mundial na qualidade do acompanhamento dos usuários hipertensos, entretanto verificou-se que 15% dos pacientes fazem tratamento, mas não têm a HAS controlada. Essa importante

melhoria no diagnóstico e no tratamento das pessoas com hipertensão é atribuída à implementação de um sistema de saúde baseado na Atenção Básica e ao The Canadian Hypertension Education program, um programa de

permanente dirigido aos profissionais

da

AB(CAMPBELL,2003,MCLISTER,2006,ONYSKO,2006)

A pressão arterial elevada é a doença crónica que dá origem ao maior número de consultas nos sistemas de cuidados de saúde nos Estados Unidos. A *American Heart Association* estima que os custos directos e indirectos da pressão arterial elevada tenham sido, em 2010, de 76,6 mil milhões de dólares. Oitenta por cento dos hipertensos norte-americanos estão conscientes do seu estado. Embora 71% tome medicação anti-hipertensiva, só 48% dos que estão conscientes que têm a doença é que são adequadamente controlados(BONDS,2009).

A gestão correta da hipertensão pode ser impedida por diagnósticos, médicos ou tratamentos inadequados. Os prestadores de cuidados de saúde deparam-se com vários obstáculos no controlo da doença, entre os quais a resistência em tomar múltiplos medicamentos. Os próprios pacientes podem também ter dificuldade em se adaptar aos horários da medicação e às alterações dos hábitos de vida. Ainda assim, é perfeitamente possível atingir-se a pressão arterial pretendida e, sobretudo, a diminuição da pressão arterial reduz de forma significativa o risco de morte por doenças cardíacas e AVC, o desenvolvimento de outros estados debilitantes e os custos associados a cuidados médicos avançados(OGEGEBE,2008)

A primeira forma do tratamento da hipertensão é idêntica às alterações no estilo de vida recomendadas na prevenção e incluem: alterações na dieta-exercício físico, e controle do peso. Todas estas medidas têm demonstrado reduzir de forma significativa a pressão arterial em indivíduos hipertensos. No entanto, se a pressão for tão elevada que justifique o uso imediato de medicamentos, as alterações dos hábitos de vida continuam a ser recomendadas em conjunto com a medicação. Tem-se publicitado vários programas de redução da hipertensão arterial através da redução do *stress* psicológico, como técnica de relaxamento, meditação.

No entanto, as alegações de eficácia quase nunca não são confirmadas por estudos científicos,e\_os poucos que existem são de qualidade e metodologia duvidosa (SHARMA,2004).

A alteração dos hábitos alimentares, como a adoção de uma dieta de baixo conteúdo de sal, é benéfica. Está demonstrado que uma dieta com pouco sal durante um período de apenas quatro semanas, oferece benefícios tanto em

hipertensos como em pessoas com pressão arterial regular. De igual modo, está também demonstrado que uma dieta rica em frutos secos, cereais integrais, peixe, carne branca, frutas e vegetais, diminui de forma significativa a pressão arterial. Uma das principais vantagens da dieta é diminuir o consumo de sódio embora seja rica em potássio ,magnésio ,cálcio e proteínas(DROUNIN,2006)

## **Objetivos :**

### **Objetivo Geral:**

- Identificar os fatores de riscos que incidem no surgimento da hipertensão arterial

### **Objetivos Específicos:**

- Elaborar ações que permitam diminuir a morbidade pela hipertensão arterial
- Identificar o número de pacientes Hipertensos segundo classificação da Hipertensão

## REVISÃO DE BIBLIOGRAFIA

Por ser uma doença crônica insidiosa , a HAS evolui de forma silenciosa , contribuindo para o surgimento de doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca e doença arterial coronária . Há , portanto , necessidade de tratamento adequado com mudanças dietéticas e comportamentais , além da manutenção rigorosa da terapêutica medicamentosa , pois com esses cuidados é possível prevenir conseqüências a longo prazo como lesão de órgãos alvo e mortalidade .Revista Bras Hipertens . 2009 ; 16 (1);38-43

Os riscos para DCV crescem com a idade , e a cada dez anos há uma possibilidade por essas doenças . A magnitude dos fatores de risco e a ocorrência de manifestações clínicas aparecem mais tardiamente em mulheres do que em homens .Rabelo LM . Fatores de risco para doença aterosclerótica na adolescência .J Pediatr.2001;2:153-64.

Dentre os fatores de risco modificáveis ,a hipertensão arterial é considerada o mais importante para as doenças isquêmicas e para o acidente vascular encefálico .Mackay J ,Mensah GA . The Atlas of Heart Disease and Stroke.Geneva :World Health Organization ;2004.

A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmhg de forma linear , contínua e Independiente .Sociedade Brasileira de Cardiologia /Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão .ARQ Bras Cardiol. 2010;95 1supl.) :1-51 ,

Contudo ,por ser na maior parte assintomática, o seu diagnostico e tratamento são frequentemente negligenciados , somando se a isso a baixa adesão terapêutica e , conseqüente. Ministério da saúde .Secretaria de atenção a saúde .departamento de Atenção Básica .Hipertensão arterial sistêmica para . sistema único de saúde Brasília;2006.{cadernos de Atenção Básica n 15 –A normas e manuais técnicos ] [acesso em 2010mer.20]

Disponível em ,[http://189-28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos.Ab/ab CAD 15.pdf](http://189-28.128.100/dab/docs/publicações/cadernos.Ab/ab%20CAD%2015.pdf) .

Apenas 30% dos pacientes com hipertensão conseguem atingir a sua meta de pressão sanguínea ,Enquanto .nos demais há descontrole .Wolfmainer k cooper RS ,Kramer H banegas JR Giampaoli S Joffies MR, it AL .Hypertension treatment .and control in Five .European countries , Canadian and de Unite Estates . Hypertension .2004;43( 1) :10-7

## METODOLOGIA

O projeto de intervenção será realizado no Território que recebe atenção na UBS Central, a qual tem uma população aproximada até maio de 2016 de 1019 pessoas, tem 80 portadores de HTA o que representa 9,7 % da população total, sendo nosso universo

Trata-se de um estudo clínico intervencional, onde buscaremos estudar os pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial que têm classificação de médio risco . Para doenças cardiovasculares ,buscando modificar a curto e médio prazo o estrato destes pacientes . Utilizando o sistema de informações do SSC /GHL será identificados os pacientes já estratificados com estrato de risco 3 portadores de hipertensão arterial divididos nas 4 áreas de vigilância .

Cada área de vigilância deverá avaliar o prontuário de 30 pacientes e convalida os para participarem da consulta coletiva com retorno a nossa atividade em 3 meses com o mesmo grupo de pacientes .

Equipe da consulta coletiva e médico 1 , enfermeiro 1 , técnico de enfermagem 1 ,agente comunitário de saúde ACS um nutricionista , 1 psicólogo é assistente social .Ser realizado um encontro com os pacientes com duração de 40 minutos por mês para cada área de vigilância com 1 hora para discussão da equipe do encontro é planejamento dos encontros No encontros deverão ser esclarecidas questões a cerca da doença. Como verificação da pressão arterial .Identificação dos fatores de risco que incidem no seguimento de hipertensão arterial.

Após a análise de dados, realizamos uma reunião com equipe para expor os resultados é de nossa comunidade de ambos sexos com idade de 15 a 70 anos de idade cadastrados na USB central que representou a amostragem total que consentiram em particular do estado.

Todos as consultas do médico foram realizadas na USB central com duração media de 30 minutos os pacientes eram avaliados através da anamnese exame físico que inclui aspectos subjetivos manifestos pelos pacientes é os objetivos coletados através do exame físico.

Após avaliação defiram se os diagnósticos médicos é as intervenções da EBS.

Também foram realizadas duas medidas de pressão arterial pelo método indireto com técnica auscultatória , utilizando- se esfigmo manômetro aneróide com agulha registrando O MMHG como manguito desinflado .A medida foi realizada com o paciente na posição sentada e com braço na altura do coração,após cinco minutos de repouso .

Além disso foi realizada uma nova medida para as pressões sistólica e ou diastólicas obtidas que apresentam diferençainferior 4mmhg , utilizando- se a média das duas últimas medidas como a pressão arterial do indivíduo.

### **CRONOGRAMA**

Atividades (2016-2017)		dezembro- 2016	Janeiro- 2017	Fevereiro- 2017	Março- 2017	Abril-- 2017	Mai- 2017
Elaboração	do		X				
projeto							
Aprovação	do			X			
projeto							
Revisão		X					
bibliográfica							
Apresentação					X		
para equipes							
Intervenção							
Discussão e							
análise dos							
resultados							
Elaboração	de						
relatório							
Apresentação							
do trabalho							

## **RECURSOS**

Para o procedimento e coleta de dados utilizaram-se se prontuários, folhas brancas, canetas e suporte técnicos como computador, impressoras o qual realizou-se no próprio centro de saúde com apoio de agentes de saúde, onde foi aplicado um questionário, a cada hipertenso individualmente procurando saber hábitos tóxicos que em ocasiões não é coletado em prontuário.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Com a implementação do projeto de intervenção espera-se alcançar um melhor conhecimento sobre a hipertensão arterial os fatores de risco e complicações que mais atingem os portadores da doença, a partir da educação do paciente para o autocuidado, espera-se a redução de sequelas, o fortalecimento dos recursos do paciente em saúde e assim trabalhar em base aqueles fatores modificáveis mudando o modo e estilo de vida.

## BIBLIOGRAFIA

-Gusmão.Jl,Ginani GF SILVA Gv Ortega KG ,mion Djr.Adesão ao tratamento tem hipertensão arterial sistólica Isolada.Rev Bras Hipertens.2009;16(1):38-43

-Rabelo L M.Fatores de risco para doença aterosclerótica na adolescência.j.Pediatr.2001;2:153-64.

-Mackay J,Mensah.GA.TheAtherosclerosis of heart disease.andstroke.Genera:World Health Organization;2004.

-Sociedade Brasileira de Cardiologia /Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.arq Bras Cardiol.2010,95(1supl)1-5.

Ministério da Saúde,Secretaria de atenção a saúde.Departamento de Atenção Básica.Hipertensão arterial Sistêmica para o sistema único de saúde.Brasilia;2006.(Cuadernos de Atención Básica n 15 sirve A normas e manuais Técnicos ) (Acesso em 2010 mar,20)Disponível em

<<http://189.28.100/dab/does/publicações/cadernos.ab/abcad15.pdf>.

-Wolf-Marier.k, Cooper RS, kramer H, Banegas JR, Giampaoli.S, JoffiesMR,etal.Hypertension Treatment and control in five European countries,Canada,and The United States.Hypertension.2004;43 (1):10-7.

-ALDERMAN,,MichaelH.Does blood pressure control require a Cuban-style revolution?J.Hypertension,USA,v.24,5,p.811-812,may,2006.

-BONDS,D.E et al.A multifaceted intervention to improve blood pressure control:The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study.American Heart Journal,saintlouis,v. 157,n2,p.278-284,feb.2009.

-CAMPBELL,Norman R.C.et al.Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the CanadianHypertension Education Program.J.Hypertension, USA,v.21,n.8.p.1591-1597,aug.2003.

**APÊNDICE 1**

Folha de consentimento  
informado UBS central, município  
Parobé.

Tenho sido informado que os dados obtidos dos prontuário e dos resultados da investigação, só serão utilizados pelos investigadores com a finalidade de contribuir ao desenvolvimento da atual investigação, e os mesmos não serão divulgados a terceiros sem minha autorização, nem serão utilizados em outras investigações não relacionadas com esta. Assim mesmo foi informada que nossa participação pode contribuir ao melhor estudo e conhecimentos sobre fatores de riscos e complicações da hipertensão arterial em nossa área, e os resultados da mesma serão utilizados no benefício de nossa comunidade, mesmo assim foi informada da total voluntariedade para participar no estúdio e a possibilidade de abandoná-lo quando quiser sem sofrer danos pessoais ou minha família.

Conhecendo o acima narrado, e sendo esclarecidas todas minhas dúvidas, dou minha disposição para participar nesta investigação oferecendo os dados que se solicitem pela equipe de investigadores

Nome e sobrenome do paciente

\_\_\_\_\_

Assinatura\_\_\_\_\_

Nome e sobrenome do profissional da saúde \_\_\_\_\_

Assinatura\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### Questionário

- Características individuais e sociodemográficas da população alvo de estudo.

Idade

Sexo

Raça

Escolaridade (último ano de ensino vencido) \_\_\_\_\_

Ocupação \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

1) Para você a hipertensão arterial é uma doença?

Sim\_ Não\_\_\_\_\_

2 Para você a hipertensão arterial é uma doença para toda a vida?

Sim\_\_\_\_Não \_\_\_\_\_

3 Você sofre de alguma doença crônica ou apresenta histórico familiar de doenças crônicas?

Sim                      Não

4)Qual?

\_\_\_\_\_Tabagismo

\_\_\_\_\_Alcoolismo

\_\_\_\_\_Hiperlipidemia

\_\_\_\_\_Sedentarismo

\_\_\_\_\_Obesidade

\_\_\_\_\_Estresse

\_\_\_\_\_Cardiopatias

\_\_\_\_ Historia familiar de HAS. So existe excesso de gorduras, sal , farinhas  
 ,refrigerantes ou outros ?

\_\_\_\_ Nefropatia

Sim\_\_

Não\_\_

Qual ou quais destes\_\_\_\_\_

5) V  
o  
c  
ê

p  
r  
a  
t  
i  
c  
a

e  
x  
e  
r  
c  
i  
c  
i  
o  
s

f  
í  
s  
i  
c  
o  
s  
?

6) N  
a

s  
u  
a

a  
l  
i  
m  
e  
n  
t  
a

### **Conclusões Reflexivas**

Fazendo um resumo do Eixo 1 E Eixo 2 posso concluir que por meio deste curso de Especialização Eu aprendi muito sobre o funcionamento do SUS, as principais doenças que atingem a população brasileira, os protocolos de atendimentos, além de protocolos de encaminhamentos, o que permitiu garantir uma melhor qualidade na atenção primária de saúde aos pacientes no município onde trabalho como médico.