

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO

ALEGRE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DR. RODOLFO RICARDO ESTRADA

TEMA: PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO

ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CONDEIXA

EM SALVATERRA BELÉM PARÁ. 2018

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

Orientador professor: Dr. Luiz Farias Lima Neto, médico de família-
professor- Supervisor do Programa Mais Médicos do Brasil.2018.

Belém- Para.

Portfólio Final 2018

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO	04
2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO	07
3- PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	14
4- VISITA DOMICILIAR	27
5- REFLEXÃO CONCLUSIVA	31
6- REFERÊNCIAS	34
7- ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.	36

Introdução do portfolio

Meu nome é Rodolfo Ricardo Estrada, tenho 45 anos, sou natural de país Cuba, Província Granma cresci e terminei minha educação básica em escolas públicas. Graduei-me com o título de médico em ano 1997, iniciei minha carreira profissional como médico em Cuba, além disso, trabalhei na Venezuela, Paquistão e África, agora estou incluso ao projeto Mais Médicos no Brasil.

Em julho 2016, aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil, desde então, atuo na cidade de Salvaterra Ilha Marajó Estado Pará. Estou lotado na estratégia saúde da família Condeixa localizada na vila de Condeixa, com uma população de 8050 cadastrados cuja área de abrangência atende aos bairros de Foz do Rio, Cachoerinha, Vila União, Pingo de Água, Paixão.

O território adscrito à Unidade Básica Saúde da Família corresponde a áreas consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico, ausência de saneamento básico adequado e presença de esgoto a céu aberto perto dos domicílios, tem alta contaminação de fumaça e poeira as ruas não tem asfalto, não faz coleta de lixo no sistema, isso aumenta a propagação de vetores e insetos fator de riscos a doenças.

Na localidade de Condeixa, há cinco Igrejas, cinco escolas públicas, uma quadra de esportes. A população atendida abrange um total de 8050 usuários, segundo dados de 2016 fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: crônicas não transmissíveis(hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, dislipidemias) doenças infecciosas, parasitárias e micóticas) (micoses cutâneas, parasitoses intestinais, infecções de vias aéreas, DST, HIV sida, Toxoplasmoses, vírus zika, dengue, leishmanioses, leptospiroses) ferradura de animais peçonhentos(escorpião, serpentes, tarântulas, ralha, jacaré).hoje tem um total de 80 gravidas em acompanhamento pré-natal com fatores de risco fundamentais vaginosis bacteriana e infecção de trato urinário todas tem sua tratamento. A principal fonte de subsistência da população da comunidade é a agricultura: trabalho na roça e pesca artesanal com baixo desenvolvimento.

Justificativa do tema escolhido para o projeto de intervenção

Projeto de intervenção em Saúde: Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica, na Estratégia de Saúde da Família Condeixa Município Salvaterra. (Anexo1 – Projeto de intervenção)

O termo prevalência indica o número de doentes em um determinado momento, vale destacar, que essa prevalência e incidência da hipertensão arterial no Brasil foi levantada por amostras em algumas cidades. Estes estudos mostraram uma variação de 22,3% a 43,9% de indivíduos hipertensos conforme a cidade considerada.

Pode estimar assim que, entre uma a duas pessoas a cada cinco são hipertensas. Em 2014, 35% da população brasileira acima de 40 anos estava hipertensa. Acredita-se que 20% da população mundial apresente o problema pelo que e causa complicações do coração, cérebro, pulmão, no rins e óbito pelo e um problema mundial. (Trabalho Dr. Fabio Ribeiro. Incidência e Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil).

No entanto, de acordo com os dados estatísticos, existe uma grande proporção de óbitos por doença cardiovascular no Brasil em 2013, segundo dados de preenchimento de atestado de óbitos, foi de 27,4%. Atribui-se um risco decorrente da presença de hipertensão arterial na origem de certos grupos de doença. Cerca de 40% da mortalidade devida a acidente vascular encefálico é atribuída à hipertensão pelo que se pode definir como epidemia de século XXI.

O Ministério da Saúde precisa fazer planejamento de ações e mitigar o problema de enfatizando ações que promovam; a educação e prevenção de doenças já citadas com os seus respectivos fatores de risco.

Nossa Estratégia de Saúde Família Condeixa em Salvaterra, a prevalência e incidência da hipertensão arterial sistêmica chegou progressivamente a ter um alto por cento de atendimentos em consultas médicas com um índice de 35 % somente no último ano. Avaliando que a maioria dos pacientes ficou doente devido aos fatores de risco modificáveis, tais como obesidade, sedentarismo, dieta inadequada, uso excessivo de sal, gorduras, tabagismo, álcool, outros com fatores não modificáveis como herança, raça preta, causa idiopática.

Nesse sentido, o maior por cento de pacientes descompensados são os hipertensos que não cumprem com orientações médicas a falta de informações pode acarretar inúmeros problemas por exemplo; a falta de adesão ao tratamento, dieta inadequada, o fumo, uso álcool, todos esses fatores causam as complicações, internações e até óbitos.

Por isso, é importante que a promoção e prevenção da saúde de cada habitante, seja proveniente de conhecimentos acerca dos perigos. Assim sendo, o objetivo maior desta proposta, poderá contribuir significativamente para a mudança dos hábitos de cada família na comunidade, com mudanças de modo e estilo de vida refletindo na melhoria da qualidade de vida das pessoas, e prepará-las com atitudes para a prevenção dos problemas de saúde que poderão ser desencadeados ao longo do tempo, em decorrência da hipertensão arterial sistêmica.

Sendo assim, torna-se de extrema importância estudar o tema proposto e elaborar um plano de intervenção, uma vez que informações apresentam-se necessárias sobre cuidados de saúde e hábitos saudáveis. A proposta de educação em saúde deverá envolver a equipe multiprofissional no sentido desta levar os indivíduos a experimentar atividades com ênfase na promoção e prevenção da saúde.

A Estratégia de saúde da família da Comunidade de Condeixa realiza atividade educativa a incrementar o conhecimento da população sobre a doença, fazer pesquisa ativa e aplicar uma ficha à população, para obter uma informação de utilidade, que contribuía e estabeleça uma estratégia para o controle mais eficaz. Tudo isso, com a intenção de sensibilizar a população acerca da importância de prevenção da pressão arterial como fator do risco.

Além disso, conhecer a prevalência e incidência da hipertensão arterial na população geral avaliada quantos ficam controlados, faz-se também necessário, detectar novos hipertensos, e tomar novas estratégias de trabalho com planejamento e ações em saúde: promoção, educação, prevenção dos fatores do riscos e controle da doença hipertensão arterial.

Estudo de caso clínico

Apresento um caso similar aos estudados no curso, pois, existem em todas áreas de saúde, são muitos os pacientes atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados com doenças crônicas não transmissíveis.

Vou apresentar o estudo do caso do paciente Rogerio Reyes da Silva 45 anos de idade de sexo masculino raça preta, trabalha na agricultura(roça) mora na Comunidade de Condeixa zona rural há mais de um ano, obeso, sedentário e com antecedentes de Hipertensão Arterial, tem tratamento com Losartana Potássica (50mg) 1cp de 12/12 horas, casado com Sra. Renata da Silva Conceição 39 anos, tem duas filhas uma menina Maria da Silva Reyes de 20 anos e um menino Marcos da Silva Reyes de 17 anos ambos estudantes.

Moram em casa alugada e com boas condições estruturais, tem 4 habitações, sala e cozinha, o banheiro dentro da casa. A higiene não é muito boa, tem gatos e uma cachorra que mora dentro da casa e até no quarto dele. A água de consumo é de um poço que tem no quintal, refere que coloca hipoclorito, o lixo é armazenado em sacolas de plástico e coletado duas vezes na semana pelo carro da prefeitura.

Sua alimentação é variada, come de tudo, mais gosta muito de doces e refrigerantes, sal na comida também de café que toma umas 6 xícaras por dia, bebe cachaça, cervejas até ficar bêbado. Não acostuma fazer atividade física.

Estamos na presença de uma família com um relacionamento conflituoso, o filho não concorda com o consumo abusivo de álcool do pai e com isso acontecem brigas que os levam há vários conflitos na família.

Vale destacar, que as necessidades básicas da casa estão cobertas somente pelo resultado do trabalho na roça de Rogerio que não supri as necessidades da família, e todos infelizmente, estão expostos a crise financeira e pelos problemas de saúde.

O Sr. Rogerio vem à consulta médica na data 10/01/2017 com histórico de doença hipertensão arterial o qual toma Losartana potássica 50 mg 1 comp-12-12 horas tem três dias que não toma remédios, não tem dinheiro para acompanhar o

tratamentos ele é fumante e usuário de álcool. Dados de anameses pai a mãe dele eram hipertensos e já faleceram de doenças neurológicas.

Os dados da triagem:

PA: 180/110 mmHg

FC: 80 bpm

FR: 22 bpm.

Peso: 100 k g.

Altura 172 cm

IMC: 30,2(obeso);

É considerado obeso precisa emagrecer 29 quilos para ficar no peso ideal.

Abdômen: normais não visceromegalia, RHA normais

TCS: não edema

Neurológico: sensório livre, não signo meníngeo, não toma motora, linguagem clara e coerente.

Quando questiono sobre queixas, o mesmo relata cefaleia latejante há uma semana. Suspeito de AVC pela clínica típica apresentada de doenças. Faz encaminhamento de serviço urgências hospitalar que estabilizam o paciente e o liberam para retornar a sua casa. (Atendendo o caderno de atenção básica volume 4 Brasília- DF 2012 acolhimentos a demandas espontâneas e queixas mais comuns são alteração de pressão arterial, como classifica pressão maior e igual 180 – 110 mmHg estágio 3 (pagina 130).

A equipe de saúde realiza visita domiciliar em datas específicas: então data 13/01/2017 solicito exames laboratoriais de sangue (Hb, Hto, glicose, creatinina, colesterol, triglicerídeos, TGP, TGO), Exames de urina, ECG, TAC Crâneo e agendo retorno a posto de saúde em companhia da família. Além disso, continua com o medicamento losartana potássica 50 mg 12-12 horas.

O paciente retorna no dia 20/01/2017 com os dados da triagem:

PA: 180/105 mmHg

Peso: 100kg

FC: 60 bpm

FR:20 bpm

Traz consigo os exames laboratoriais Hb:13gl Hto:4% glicemia de jejum 160 mg/dl, creatinina 0,9mg/dl, colesterol 250mg/dl, triglicerídeos 210mg/dl, TGP 18 UI, TGO 19 UI, TAC Crâneo achados habitual dentro de limites normais, ECG Bradicardia sinusal.

Assim sendo, para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os valores admitido são:120x80mmHg, em que a pressão arterial é considerada ótima e 130x85mmHg sendo considerada limítrofe. Valores pressóricos superiores a 140x90mmHg denotam Hipertensão. Qualquer indivíduo pode apresentar pressão arterial acima de 140x90mmHg sem que seja considerado hipertenso. Apenas a manutenção de níveis permanentemente elevados, em múltiplas medições, em diferentes horários e posições e condições (repouso, sentado ou deitado) caracteriza a hipertensão arterial.

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjoos, falta de ar e sangramentos nasais. Esta falta de sintomas pode fazer com que o paciente esqueça de tomar o seu medicamento ou até mesmo questione a sua necessidade, o que leva a grande número de complicações. (Trabalho Dr. Pedro Mekhitarian Cardiologia CRM 56406-SP. Hipertensão. Sintomas, Tratamentos, e Causas. 2012.) no brasil

Então, atendendo aos critérios de OMS e protocolos do Brasil se recomenda mudanças em alimentação e modo estilo da vida com troca de remédios onde se recomenda tirar da dieta açúcar, sal, gorduras café, evitar sedentarismo e o álcool, tomar captopril 25mg 1 comp. 8-8 horas, hidroclorotiazidas 25 mg 1 comp. ou dia, ass. 100mg 1 comp. ou dia, sinvastatina 20 mg 1 comp. ou noite, agendo consulta 15 dias.

O paciente retorna no dia 05/02/2017 com os dados da triagem:

PA: 140/90mmHg

Fc:78 bpm

Fr: 20 bpm

Peso: 98kg

Sendo avaliado e confirmado a melhora no estado de saúde. Neste momento interrogo sobre a história familiar e descubro que a mãe e pai também são portadores da doença. Ao exame físico apresenta: Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações FC: 80 bpm; FR: 20 bpm

Conforme o protocolo brasileiro faz encaminhamento ao oftalmologista para fundos cópia. Oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso. Encaminho o paciente à nutricionista em NASF municipal para receber orientações quanto à dieta para hipertensos e obesidade.

Em data 27/02/2017 tem consulta nutricionista recebe as orientações correspondentes.

Em data 10-03-2017 fica na consulta melhor ainda sem queixas, não é mais usuário de álcool, tabagismo, faz esporte no dia a dia e com os seguintes dados da triagem:

PA: 135/85 mmHg

Peso: 96 kg.

Agendo o retorno para 90 dias.

No dia 28/05/2017 retorna com a nutricionista, com perda de peso de 2 kg em relação à última consulta.

PA: 130/85 mmHg;

Fc:84 bpm

Fr: 18 bpm

Peso: 94kg;

No data 10/06/2017 vem à consulta médica, sem queixas, com os seguintes dados da triagem:

PA: 130/80 mmHg

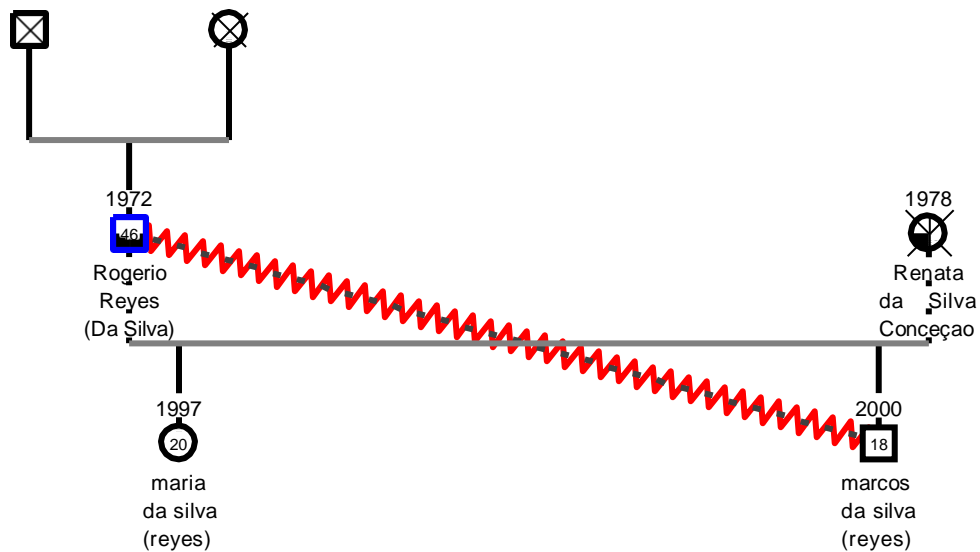
Fc: 70 bpm

Fr: 18 bpm

Peso: 95,600 kg.

Relata uso regular de captopril, hidroclorotiazida, ass., sinvastatina. Explicou que foram atingidas as metas de controle da hipertensão arterial, mas que os cuidados devem ser mantidos, pois é uma doença crônica não transmissíveis.

Realizo visita domiciliar no dia 20/06/2017 para montagem do genograma familiar completo.



Diagnóstico clínico:

- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Obesidade
- usuário álcool e fumante.

Plano Terapêutico:

Oriento medidas educativas para modificar o modo e estilo de vida e redução dos riscos de apresentar complicações associadas as doenças.

- 1-Diminuir o peso corporal.
- 2-Realização de atividade física moderada todos os dias, com seguimento por parte de algum profissional.

3-Manter uma dieta saudável evitando os alimentos doces e os carboidratos, eliminar as gorduras. Fazer várias refeições ao dia em pouca quantidade. Consumir frutas, vegetais, sucos naturais sem açúcar.

4-Tomar remédios como indica o médico, para ingestão de álcool. É fumante.

5- Consulta de controle de três em três meses.

6- Medir a PA exame clínico, exames complementários a glicemia, colesterol, triglicérides e função renal de 2-4 vezes no ano.

7-Avaliação por Oftalmologista, nefrologista, cardiologista, psicólogo, psiquiatria.

8-Visitar o médico antes de qualquer alteração.

9-Tratamento farmacológico adequado as doenças.

Assim concludo, o acompanhamento de caso clínico complexo na ESF de Condeixa. Obrigado.

Justificativa do uso da ASS e Sinvastatina no caso clínico:

Os medicamentos citados possuem efeitos analgésicos e anticoagulantes que ajudam a diminuir a dor e a prevenir certas doenças.

Estes medicamentos atuam inibindo as prostaglandinas, as quais são substâncias que intervêm na regulação de distintas funções orgânicas, como por exemplo a pressão arterial, a inflamação, a coagulação sanguínea, e a resposta do corpo diante da dor.

Argumentos a favor do uso da aspirina

- Aspirina ajuda a prevenir ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais isquêmicos.

Além disso, a aspirina também pode ser usada como inibidora da agregação plaquetária, o que evita a formação de trombos que podem causar complicações cardíacas, por isso, em alguns casos o cardiologista poderá receitar a tomar de 100 a 300 mg de aspirina por dia, ou a cada 3 dias. Baixas doses (de entre 75 y 325 miligramas por dia), como método preventivo de infarto de miocárdio, ACV o angina de peito em pessoas que, ainda não tiveram padecidos por estas doenças, apresentaram um risco aumentado de sofrimento por ser fumantes, ter colesterol elevado, entre outros fatores de risco.

Sinvastatina é usada junto com uma dieta adequada para ajudar a diminuir o “mau” colesterol e gorduras (como LDL, triglicérides) e levantar o “bom” colesterol (HDL) no sangue.

Pertence a um grupo de medicamentos conhecidos como “estatinas”. Ele funciona através da redução da quantidade de colesterol feita pelo fígado.

Redução de triglicérides e colesterol “ruim” e levantar o “bom” colesterol diminui o risco de doença cardíaca e ajuda a prevenir ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais.

Se consome o medicamento por via oral, com ou sem alimentos, geralmente uma vez por dia e à noite.

A dose máxima usual para este medicamento é de 40 miligramas por dia.

Sinvastatina oral é usada para tratar:

Colesterol elevado, homozigotos herdados de colesterol altos, heterozigotos herdadas altos de colesterol, alta quantidade de triglicérides no sangue, combinada a altos níveis de colesterol e de triglicérides, aumento de triglicérides e colesterol, alta quantidade de gorduras no sangue, tratamento para prevenir um ataque cardíaco, retardar a progressão da doença das artérias do coração, prevenção de ataques isquêmicos transitórios, prevenção de acidente vascular cerebral, alterações que envolvem os depósitos de gordura nos vasos sanguíneos.

Promoção, Educação em saúde e Níveis de Prevenção.

Antecedentes e conceituação:

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. Este definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Prevenção são medidas para evitar o aparecimento de alguma doença. A prevenção acontece em 3 etapas: a primária, primeira que corresponde a esse conceito, que visa evitar fatores de risco, antes que a patologia se desenvolva, a prevenção secundária, que corresponde a detecção precoce da doença e o tratamento desta, e por fim a terciária, que é a reabilitação do indivíduo, que se trata de diminuir as consequências ou complicações da doença, como exemplos, a seqüela, insuficiências e o sofrimento.

A prevenção tem como objetivo, o bem estar da população, e assim a saúde do indivíduo, com boa qualidade de vida. Leavell & Clark (1976) descrevem a prevenção como uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de tornar improvável o progresso posterior, apresentando três níveis de prevenção:

Prevenção Primária: Realizada no período de pré-patogênese, sendo que o conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária definidos como medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima. Um segundo nível de prevenção primária seria a proteção específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Este nível de prevenção está ligado a todas as ações que visam diminuir a incidência de uma doença na população, ou seja, o desenvolvimento de ações que impeçam a ocorrência de determinada patologia na população. Inclui-se aqui a promoção à saúde e à proteção específica. Alguns dos exemplos são: vacinação, tratamento de água para consumo humano, uso de preservativos, mudanças nos hábitos de vida (incentivo a uma boa alimentação, realização de exercícios físicos).

Prevenção Secundária: A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis, o primeiro diagnóstico e tratamento precoce e o segundo limitação da invalidez. Visa um diagnóstico imediato e um tratamento para evitar a prevalência da doença no indivíduo.

Prevenção Terciária: a prevenção terciária diz respeito a ações de reabilitação, caracteriza-se por ações que tem como objetivo a reabilitação do indivíduo e redução de sua incapacidade.

Prevenção quaternária (recente classificação)

Objetivos: evitar o excesso de intervencionismo médico e a iatrogênica; detectar indivíduos em risco de overmedicalisation; sugerir alternativa; capacitar os pacientes quanto à aplicação de consumos impróprios; realizar análise das decisões clínicas.

Na Promoção, Educação em saúde e Níveis de Prevenção das DCNT como as cardiovasculares, o câncer, o diabetes, a cirrose hepática, as pulmonares obstrutivas crônicas e os transtornos mentais constituem-se em importantes problemas de saúde pública, cujos fatores de risco podem ser classificados em três grupos: os de caráter hereditário; os ambientais e socioeconômicos e os comportamentais.

Dentre os três grupos de fatores de risco, é de suma relevância a atuação sobre os comportamentais, ou seja, sedentarismo, dieta, fumo e álcool, uma vez que são prevê níveis (BRASIL, 2001).

É fato, que por meio da prevenção de doenças em grandes populações, pequenas reduções na pressão arterial e no nível de colesterol sanguíneo poderiam alcançar a redução de custos na saúde. Caso esses fatores de risco fossem eliminados por meio de mudanças no estilo de vida, pelo menos 80% de todas as doenças do coração, dos derrames e dos diabetes do tipo 2 poderiam ser evitados. Além disso, mais de 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos (OMS, 2005).

As DCNT são o resultado de “estilos de vida” não-saudáveis. Acredita-se que os indivíduos desenvolvem uma DCNT em consequência de um “estilo de vida” desregrado; no entanto, a responsabilidade individual só pode ter efeito total em

situações nas quais os indivíduos tenham acesso igual a uma vida saudável, e recebam apoio para tomar decisões saudáveis (OMS, 2005).

Nesse sentido, torna-se importante sensibilizar a toda equipe de trabalho da ESF a importância da promoção da alimentação saudável, da atividade física e da redução de fumo e álcool, como fatores predominantes de proteção à saúde e como temas imprescindíveis a serem abordados nos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

De acordo com o Ministério da Saúde, devem ser adotadas as seguintes recomendações no que diz respeito à promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2006a):

- SAL - Restringir sal. Reduzir sal e temperos prontos na cozinha, evitar comidas industrializadas e lanches rápidos. Consumir sal iodado.
- AÇÚCAR - Limitar a ingestão de açúcar simples; refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas em geral.
- GORDURA - Reduzir o consumo de carnes gordurosas, embutidos, leite e derivados integrais / Preferir óleos vegetais como soja, canola, girassol, oliva.
- FIBRAS – O consumo de alimentos ricos em fibras pode reduzir o risco de desenvolvimento de várias doenças.
- PEIXE - Incentivar o consumo.
- ÁLCOOL - Evitar a ingestão excessiva de álcool.

O sobrepeso e a obesidade também estão associados a DCNT e distúrbios psicológicos, incluindo depressão, distúrbios alimentares, imagem corporal distorcida e baixa autoestima. As prevalências de ansiedade e depressão são de três a quatro vezes mais altas entre indivíduos obesos.

O diagnóstico de obesidade em adultos é feito a partir do IMC, que é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2). Valores entre 25,0 e 29,9 kg/m^2 caracterizam sobrepeso. A obesidade é definida como um IMC igual ou superior a 30,0 kg/m^2 , podendo ser subdividida em termos de severidade. Dessa forma, IMC entre 30-34,9 kg/m^2 denomina-se obesidade I, entre 35-39,9 kg/m^2 denomina-se obesidade II e maior que 40 kg/m^2 denomina-se obesidade III (WHO, 1998; BRASIL, 2006b).

Classificação do índice de massa corporal (IMC)

Classificação IMC (kg/m²)

Baixo Peso < 18,5

Peso Adequado 18,5 - 24,9

Sobrepeso > 25,0

Pré-obeso 25,0 - 29,9

Obesidade Grau I 30,0 - 34,9

Obesidade Grau II 35,0 - 39,9

Obesidade Grau III > 40,0

O diagnóstico de sobrepeso pode ser associado à avaliação de outros indicadores, como a Circunferência Abdominal (CA) ou de Cintura. A CA deve ser um dado antropométrico utilizado como referência para risco cardiovascular a ser registrado na história clínica de cada paciente. É uma medida relacionada à gordura intra-abdominal, ou seja, demonstra obesidades centrais, sendo utilizada para verificar a presença de risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O aumento do risco é verificado em homens com CA > 102 cm e em mulheres com CA > 88 cm (BRASIL, 2006).

Observou-se que o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado e, além disso, alguns autores consideram que um indivíduo obeso tem 1,5 vezes mais propensão a apresentar níveis sanguíneos elevados de triglicerídeos e colesterol (WAITZBERG, 2000 apud BRASIL, 2006).

Hipertensão arterial sistêmica

Considerando o critério de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica \geq 140/90 mmHg, a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade em que o estudo é conduzido (BRASIL, 2006). Outros estudos mostram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. Esses índices variam em função da população estudada, mas são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina (PASSOS et al, 2006).

Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Classificação da pressão arterial

Pressão arterial sistólica (mmHg) condição Pressão arterial diastólica (mmHg)

Ótima < 120 e < 80

Normal < 130 e < 85

Limítrofe 130 a 139 ou 85 a 89

Estágio 1 140 a 159 ou 90 a 99

Estágio 2 160 a 179 ou 100 a 109

Estágio 3 ≤ 180 ou ≤ 110

Hipertensão sistólica isolada > 140 e < 90

Diagnóstico e acompanhamento A investigação clínico-laboratorial do paciente hipertenso tem por objetivo (BRASIL, 2006): Confirmar a elevação da pressão arterial e firmar o diagnóstico; Avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo; Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global; Diagnosticar doenças associadas à hipertensão arterial; Diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial.

Para atingir tais objetivos, são fundamentais: história clínica, exame físico, avaliação laboratorial inicial do paciente hipertenso. A rotina complementar mínima para pacientes hipertensos é composta pelos seguintes exames (FUCHS, 2006): Exame de urina: bioquímica e sedimento; Creatinina sérica; Potássio sérico; Colesterol total; Glicemia de jejum; Eletrocardiograma de repouso.

Medidas de prevenção primária

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 1998), recomenda-se que medidas preventivas sejam adotadas desde a infância e com ênfase na abordagem familiar de mudanças no estilo de vida. Controle do peso, dieta balanceada e prática de exercícios físicos regulares são medidas simples, que, quando implementadas desde fases precoces da vida,

representam benefício potencial sobre o perfil de risco cardiovascular desses indivíduos.

A presença de fatores de risco não-modificáveis, tais como sexo masculino, idade superior a 45 anos para homens e 55 anos para mulheres e hereditariedade de doença coronariana prematura (pacientes com menos de 55 anos para os homens e 65 anos para as mulheres, com parentesco de primeiro grau), implica em maior rigor no controle dos fatores de risco modificáveis.

Modificações no estilo de vida

- Controle do peso
- Redução da ingestão de sódio
- Aumento da ingestão de potássio
- Redução ou abandono da ingestão de álcool
- Prática de exercícios físicos
- Suplemento de cálcio e magnésio
- Redução de Tabagismo
- Tratamento da Dislipidemias
- Evitar o Estresse

Na área de atenção pré-natal de baixo risco e alto risco com prevenção doenças crônicas tem Medidas Preventivas

O programa poderá ter ações específicas voltadas para o período gravídico-puerperal, selecionando como população-alvo mulheres que se encontram nessa condição.

Identificação de mulheres em idade fértil de programa de promoção da saúde sexual e reprodutiva, considerar o perfil de utilização de consultas, exames e internações para identificar as gestantes e puérperas

Temas a tratar em cada grupo de gestantes ou puérperas sugeridos:
Transformações desencadeadas pela gravidez;

Fases da gestação e evolução do embrião/feto;

Cuidados corporais durante a gravidez;

Alimentação saudável;

Atividade física;

Sexualidade;
Preparação para o parto;
Cuidados com o recém-nato;
Amamentação; Recuperação pós-parto;
Planejamento familiar.

Ações de cuidado

- Realizar levantamento periódico sobre o número de gestantes entre as beneficiárias em idade fértil, programar e avaliar as ações de saúde (pré-natal, exames, pré-natal de alto risco, atenção ao parto, acompanhamento pós-natal);
- Desenvolver um programa de atenção obstétrica integral, que englobe ações de acompanhamento pré-natal, atenção ao parto e acompanhamento pós-natal;
- Estimular o início precoce do pré-natal (até o 4º mês / 120 dias) - Mínimo de 6 consultas (preferencialmente, uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre da gestação);
- Instituir o uso do Cartão da Gestante, baseado no modelo do MS;
- Realizar consultas pré-natal com enfermeira obstétrica - para gestantes de baixo risco obstétrico;
- Realizar consulta pré-natal médica especializada – ginecologista;
- Fornecer orientações sobre a prática de atividade física;
- Fornecer orientações sobre os riscos do tabagismo e drogas ilícitas, do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e do uso de medicamentos;
- Ofertar o atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência doméstica [e sexual, encaminhando-a para o atendimento adequado;
- Manter continuidade do cuidado até o puerpério, com consultas mais frequentes no último mês de gestação;
- Realizar busca ativa da gestante faltosa ao pré-natal;
- Realizar consulta com nutricionista - fornecer orientações sobre alimentação, visando o ganho de peso ideal no decorrer da gestação; avaliar o estado nutricional da gestante, incluindo a avaliação de anemia;

- Consultar o odontólogo;
- Realizar exame de Papanicolau, conforme necessidade;
- Fornecer atenção especial à adolescente gestante;
- Promover atividade física em grupo, específica para gestantes;
- Instituir plano de parto;
- Garantir a realização dos seguintes exames laboratoriais:(Fator RH/ABO; Hematócrito/ Hemoglobina; Glicemia; VDRL; Sorologia para toxoplasmose (IGM); Anti-HIV 1 e Anti-HIV 2)
- Orientar e verificar a necessidade da vacina dupla tipo adulto
- Estimular a qualificação e humanização da assistência;
- Organizar rede hierarquizada, com maternidades de referência para atenção humanizada ao parto e ao nascimento por equipe multidisciplinar;
- Organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal bem como seus fluxos assistenciais, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra referência;
- Organizar atenção ao parto e nascimento de baixo risco por enfermeiras obstétricas;
- Manter e divulgar rede de referência para o atendimento das gestações de alto risco;
- Incentivar a utilização do parto gramá e avaliação materna e fetal, no mínimo a cada hora, na fase ativa do trabalho de parto;
- Ofertar analgesia no parto natural, quando a mulher assim o desejar;
- Apoiar a gestante na sua escolha sobre a posição do parto;
- Estimular a prática do parto normal, utilizando a cesariana apenas em caso e indicação precisa, esclarecendo à gestante sobre essa necessidade;
- Incentivar a presença de acompanhante em tempo integral durante o trabalho de parto e puerpério;
- Estimular o início da amamentação na primeira hora após o parto;
- Observar e avaliar a mamada no peito para garantia do adequado posicionamento e pega da auréola;

- Orientar sobre a ordenha manual do leite excedente e a doação a um Banco de Leite Humano;
- Avaliar a mama puerperal e orientar quanto à prevenção das patologias;
- Realizar consulta domiciliar de enfermagem no puerpério com orientação, supervisão e acompanhamento do início do aleitamento materno, na primeira semana após o parto;
- Procurar aconselhar sobre planejamento familiar e anticoncepção no puerpério.
- Orientar sobre o uso de preservativo (individual e/ou em grupo);
- Distribuir preservativos;

A Promoção, educação em saúde e prevenção de doenças:

Já tem 15 meses que iniciamos o trabalho na ESF Condeixa em Salvaterra Estado Pará lotado na comunidade quilombola vila Condeixa. Na área de atenção pré-natal de baixo risco e alto risco com prevenção doenças crônicas, trabalho com respeito ao direito e aos cuidados de mulheres grávidas com atendimento integral, fazer cadastramento de todas as mulheres em estado fértil além das que ficam grávidas de área total abrangência com ajuda de equipe de saúde em especial agentes comunitários de saúde e através de agenda profissional e agendando consulta e visita domiciliar através do preenchimento de fichas individuais de controle, caderneta de atenção pré-natal, SIS- pré-natal e fazer encaminhamentos de todos os exames de grávidas de acordo com cada trimestre.

Faz-se necessário, que cada caderneta sejam preenchidos todos os dados de identificação, endereço, nome do agente comunitário de saúde da área, data DUM, DPP, histórico de doenças crônicas ou infecciosas, tomar algum remédio, históricos de outras gravidez, históricos de gêmeos na família, usuário de álcool ou droga, condições estruturais conforto da casa, tem animais na casa, tipo de água consumida, alimentação saudável, imunização atualizada.

Se planeja também, atividades em promoção, educação e prevenção em saúde as mulheres idade fértil e grávidas para manter gravidez de baixo risco.

Se faz prevenção primária com medidas destinadas a desenvolver uma saúde saudável. Um segundo nível de prevenção primária seria a proteção

específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Este nível de prevenção está ligado a todas as ações que visam diminuir a incidência de uma doença na população, ou seja, desenvolvimento de ações que impeçam a ocorrência de determinada patologia na população.

Inclui-se aqui a promoção à saúde e à proteção específica. Cito alguns exemplos: vacinação, tratamento de água para consumo humano, uso de preservativos, mudanças nos hábitos de vida, realização de exercícios físicos. Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. E ênfase sobre os diferentes fatores de risco de gravidez e sua prevenção, como também a importância de uma alimentação saudável com os diferentes grupos de alimentos: proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas e minerais, precisa iniciar o atendimento pré-natal cedo e mitigar qualquer risco para saúde da grávida e feto e melhorar a qualidade de vida, planejando consultas, visitas domiciliares, atividades de educação, promoção e prevenção em saúde.

Prevenção Secundária: A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis, o primeiro diagnóstico e tratamento precoce e o segundo limitação da invalidez. Visa um diagnóstico imediato e um tratamento para evitar a prevalência da doença no indivíduo.

Se faz rastreio através de exames físicos de controle pressão arterial e peso, realização de exames complementares de doenças crônicas não transmissíveis e doenças crônicas transmissíveis, Garantir a realização dos seguintes exames laboratoriais:(Fator RH/ABO; Hematócrito/ Hemoglobina; Glicemia; VDRL; Sorologia para toxoplasmose (IGM); Anti-HIV 1 e Anti-HIV 2), colesterol, triglicerídeos, creatinina, ultrassonografia obstétrica, teste hepatites, citomegalovírus, PCCU, secreção vaginal e gram. urina, fezes, rastreio de fenilcetonúria nos recém-nascidos após o parto. Com a intenção diminuição da prevalência e diminuição da morbimortalidade dessas doenças. Se algum paciente tem diagnóstico positivo de doença se impõe tratamento oportuno para evitar a prevalência da doença e limitar invalidez e sofrimento de grávida e de seu futuro filho, além da família.

Prevenção Terciária: na prevenção terciária encaminhamos ao NASF municipal e hospital municipal as diferentes especialidades médicas para mitigar e limitar a progressão da doença e evitar suas complicações; promover a adaptação às sequelas e a reintegração no meio, prevenir recorrências com aumento da capacidade funcional do indivíduo, reintegração (familiar/social), melhor gestão dos estados de doença

Ressalto que, trabalhamos na área rural quilombola e muitas grávidas com sua família não gostam de agendamentos de consultas já que suas crenças, religião, cultura pensam que na comunidade podem desenvolver gravidez normais com as parteiras populares que há necessidade de mudanças em 15 meses de trabalho contínuo com aceitação de grávidas, marido, família e comunidade em geral.

A consulta médica é uma oportunidade para conhecer os usuários, identificar seus problemas e aplicar as intervenções necessárias de forma integral, fazer detenção de riscos oportunos para grávida ou feto, recomendo as condutas oportunas cada caso particular. Os usuários tinham a percepção equivocada de que o médico generalista encontra-se na ESF apenas para atendimento de pessoas doentes e que o acompanhamento de seus problemas na gravidez é feito exclusivamente pelo ginecologista obstetra. (Atenção ao pré-natal de baixo risco, Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 2013) ou parteira na comunidade rural quilombola.

Esta concepção é imposta ou desenvolvida pelas crenças culturais e religiosas e os profissionais da saúde que só se dedicam a parte curativa e não preventiva ou profilática e só se limitam a tratamento de doenças e não a promoção educação e prevenção na atenção primária de saúde. O atendimento à grávida tem prioridade no atendimento médico o da enfermeira percebo que a precisa de uma melhor aceitação. Nosso trabalho é em equipe, no qual, os próprios profissionais da equipe em especial ACS também cooperam no trabalho com a comunidade e famílias apesar de morarem longe da ESF, alguns tem resistência e colocam dificuldades para os usuários, além de problemas econômicos.

Mas além, dos efeitos a longo prazo e melhora na qualidade de vida da grávida e do feto, a população precisa de atenção ao pré-natal baixo risco e ao pré-natal alto risco, dando prioridade seguem o risco de implementar as seguintes ações:

- Mudanças no estilo modo de vida saudáveis;
- Identificação de mulheres que não fazem rastreamento com preventivo (PCCU) e mamografia;
- Identificação de morbidades crônicas não transmissíveis :hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemias, câncer colo útero, doenças saúde mental na área abrangência;
- Identificação de morbidades transmissíveis (DST- HIV- VDRL);
- Encaminhamento de usuários sem acompanhamento ao especialista para avaliação pelo: nutricionista, ginecologista obstetra, psicologista;
- Impõe tratamento adequado cada pessoa seguindo o diagnóstico de doença ou fator de risco e evitar a prevalência de doença assim como limitar invalidez e sofrimento;
- Reincorporação oportuna na família e sociedade;

Deve-se ter em conta os possíveis agravantes desse grupo de grávida com doenças crônicas não transmissíveis e doenças infecciosas ou algum fator de risco pelo que precisa classificar em gravidez baixo risco e alto risco e definir conduta em cada caso. (CAB de atenção ao pré-natal de baixo risco número 32. 2013).

As ações desempenhadas pela equipe de saúde pra manter aleitamento materno ou amamentação adequada são:

- Acolher precocemente a gestante, e abordagem durante o pré-natal é de fundamental importância para as orientações sobre como o leite é produzido;
- Orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para mãe, criança, família e sociedade;
- Orientação a importância da amamentação precoce e sobre livre demanda;
- Orientação e os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e qualquer tipo de bico artificial;

- Orientação quanto ao correto posicionamento da criança e pega da aréola;
- Oferecer apoio emocional e estimular a troca de experiências;
- Dedicar tempo e ouvir suas dúvidas, preocupações e dificuldades, ajudando assim, a aumentar sua autoconfiança;
- Envolver os familiares e a comunidade nesse processo;
- Visita domiciliar de equipe saúde e do agente comunitário de saúde, no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança;
- A enfermeira deve estar disponível para auxiliar a mãe nas primeiras mamadas deve manter um diálogo com a mãe, de forma simples. (Giugliani ERJ, Lamounier JA. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. J Pediat. (Rio de Janeiro). 2008.

Visita domiciliar

O conceito de atenção domiciliar, constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta a própria existência das famílias como unidade de organização social, inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram ainda, incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto atenção domiciliar, portanto, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

O conceito de atenção domiciliar na Atenção Básica Constitui um recorte da atenção domiciliar que ocorre no âmbito da atenção básica, inserindo-se no processo de trabalho das equipes de saúde.

Na atenção básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença desses tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado.

Atenção domiciliar e suas características:

- Ações sistematizadas, articuladas e regulares
- Pauta-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde
- Destina-se a 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, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento).

Na atenção domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço da familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

A organização da atenção domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios da atenção básica/SUS. As diferenças locais devem ser observadas uma vez que o número de profissionais que atuam dependem do número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, bem como o aporte de referência e contra referência do sistema de saúde, pode ser determinante da qualidade da atenção.

A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença.

O Sistema Único de Saúde visa atender os cidadãos da forma mais acolhedora possível, tendo em vista que a Atenção Primária de Saúde se configura como porta de entrada para O SUS no Brasil. É nesse contexto que a APS centraliza suas ações na Estratégia Saúde da Família, e que segundo Ronzani (2008) tem como propósito, além de centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integralidade das ações, focalizar o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade. Podemos destacar que são responsabilidades da ESF a promoção, educação, prevenção em saúde da atenção integral, contínua e organizada à população adstrita através de ações educativas, realizadas na ESF ou no domicílio e outros espaços que comportem a ação planejada, que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários.

Destaco que, na ESF: Condeixa na Salvaterra Estado Pará a prática da visita domiciliar e feita de forma planejada, conforme a demanda dos usuários doentes e familiares ou dos profissionais:(agentes comunitários de saúde, enfermeira); nesta modalidade de atendimento, encontra barreiras , ou seja, desde seu acolhimento o serviço encontra barreiras desnecessárias como a abordagem

ineficaz dos profissionais da saúde e o desinteresse das pessoas com fatores de riscos de doenças crônicas na família. Assim sendo, nossa equipe visa mudar esta metodologia visando ampliar o acesso e promover a equidade no atendimento. É notória a necessidade da assistência a esse público na atenção primária, visto que muitas condições patológicas e seus agravantes podem ser minimizados por meio das ações de promoção, educação, e prevenção em saúde, que rotineiramente são realizadas nas ESF com as dificuldades inerentes a saúde.

Com a participação de toda equipe de saúde, fazer um cadastramento dos usuários que necessitam de visita domiciliar contínua, tarefas fundamentais de agentes comunitários de saúde Com base no levantamento de dados de usuários seguem a problemática da saúde e da necessidade de acompanhamento, com isso, se faz agenda profissional e através dela o planejamento mensal dos atendimentos e definir quais pacientes seriam visitados em cada dia de visita domiciliar, de acordo com a data da última visita realizada e a prioridade do atendimento seguem doença ou fatores de risco, programado pela equipe de saúde na agenda profissional.

Assim, fica maior o alcance bem planejado aos usuários que por determinadas circunstâncias não podem ficar na consulta e famílias ficam mais de acordo com o planejamento de visita domiciliar que se informam com tempo a visita planejada para o cuidador planejando o atendimento em melhores condições a casa com de acordo com as necessidades básicas de saúde da pessoa doente e da família.

Temos como impedimento parcial para o cumprimento de atividade uma área de zona rural quilombola onde as pessoas moram muito longe de posto de saúde (30 quilômetros) onde a secretaria de saúde tem que providenciar a logística do transporte e temos problemas com o tema apesar de ficar planejado o que traz prejuízos de credibilidade e a periodicidade da assistência por situações não dependentes a equipe de saúde da ESF Condeixa.

Fazemos as visitas domiciliares, a consulta médica e da enfermeira, com tratamento médico especializado encaminhamentos as especialidades médicas no NASF Municipal como com as especialidades básicas(Nutricionista, Psicologia, Fisioterapeuta, Psiquiatria) em dependência das demandas de usuários a outras

especialidades médicas, que se encontram presentes na zona rural quilombola no qual, o desenvolvimento econômico das pessoas é baixo e a taxa de desemprego, fica 22% assim, a principal área econômica é agricultura e a pesca. Com pouco desenvolvimento muitas famílias não tem dinheiro para deslocar-se até lá capital Belém e ser atendido pelas diferentes especialidades médicas e a transportação é por via fluvial que se torna ainda mais complexa

As visitas são realizadas em equipe (médico, enfermeira ACS que conhece o endereço de cada paciente) a partir desse momento se conhece a situação de cada usuário e família em geral, se faz atividade de educação, promoção, prevenção em saúde cada usuário dependente das doenças ou fator de risco presente na visita, as orientações pertinentes e a terapêutica a ser instituída e os cuidadores a famílias têm seu espaço para esclarecimentos, tirar dúvidas em relação à saúde. De um modo geral, as visitas são gratificantes quando equipe de saúde percebe que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida dos usuários com a família na comunidade.

Com abordagem integral a família, não podendo qualquer dos indivíduos inseridos em um contexto familiar ficar de fora do programa. Nesse mesmo sentido cabe recordar que este programa potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS :(aceso, longitudinalidade, integralidade – universalidade – equidade, coordenação) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença. Dessa forma, percebe-se que está abordagem integral tem como objetivo à pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural, dentro de uma visão ética compromissada com o respeito e a individualidade.

Se conclui que, os desafios são grandes quando mencionamos a saúde das pessoas e famílias na área abrangência, no entanto, pode-se fazer da visita domiciliar um grande desafio aos nossos propósitos para integralizar a Atenção Básica e gradativamente aumentar a participação das pessoas e famílias na Estratégia de Saúde da Família como fica nos objetivos de SUS no Brasil.

Reflexão conclusiva:

Minha trajetória no curso de especialização posso dizer e bom primeiro sou estrangeiro aprendi como e o funcionamento de forma geral de O SUS no Brasil e utilizar o conhecimento em bem do povo nas áreas rurais quilombola assim melhorando as condições de vida, com mudanças no modo estilo de vida saudável, que tive um bom aproveitamento dos conteúdos, pois através das aulas, artigos e atividades dos módulos pude adquirir novas habilidades profissionais com melhora de curriculum, me atualizar sobre protocolos de atenção as diferentes doenças e colocar em prática todo este conhecimento. O mais marcante foi em relação à mudança na minha postura profissional nas questões de organização e planejamento de ações, em um novo contexto com novo equipe de saúde com nova cultura e crenças diferentes. Outra mudança importante foi em relação às condutas de seguimento de pacientes com DCNT (diabetes, hipertensão arterial, obesidade e saúde mental) com protocolos específicos, melhorando as condições de saúde e qualidade de vida.

Meu trabalho já tem 18 meses na ESF Condeixa na Salvaterra Para no Brasil. Com agendamentos de atividades através de agenda profissional consultas medicas, atividades visitas domiciliar, atividades educação, promoção prevenção em saúde com atividades de grupos, palestras na comunidade seguem as situações de saúde provocando mudanças saudáveis no modo estilo de vida saudáveis melhorando qualidade de vida da pessoas famílias e comunidade.

Passei a coletar os dados nas consultas e visita domiciliar a seguir o Modelo SOAP para registro das informações que consiste na Queixa principal e História da doença atual (Subjetivo), Exame físico (Objetivo), Hipóteses diagnósticas (Avaliação) e Conduta (Plano terapêutico). Coloco sempre a lista de problemas e a conduta para cada problema para ter o seguimento longitudinal do caso.

No que tange ao atendimento da Saúde da Criança, eu agora, discrimino os diagnósticos em pediatria que são: nutricional, alimentar, crescimento, desenvolvimento neura-psicomotor e situação vacinal, com registro no cartão da criança nas consultas de puericultura para registrar os dados antropométricos nas

curvas de percentis da OMS e testar a situação vacinal. Deste modo, posso identificar as alterações e ter a conduta adequada cada caso em questões.

Outra mudança importante que aprendi no curso foi quanto à adoção das consultas programáticas na minha agenda profissional. Antes só havia o Hiperdia, mas agora eu organizei minha agenda para atendimentos de grupos: Saúde da mulher, do Homem, da Criança, do Idoso, pré-natal, doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis e visita domiciliar. Para cada jornada laboral são agendadas quinze consultas além de cinco vagas de demanda espontânea, totalizando até vinte atendimentos por período dia de oito horas com quarenta horas na semana.

Nosso trabalho, primordialmente, dever ser na prevenção de agravos e na promoção educação em saúde. Outra mudança recente foi em relação ao registro dos atendimentos nos livros dos agravos. Antes eu sequer tinha conhecimento de que as consultas deveriam ser registradas pelos profissionais nos livros específicos. Este fato, evidencia a falha na comunicação da gerente com a equipe e vice-versa. Quando tive ciência disso, tratei de organizar este fluxo de registro com o apoio dos ACS e equipe de saúde da família.

Também preenchi os livros das doenças crônicas:(hipertensos, diabéticos, obesidade, dislipidemia, cardiopatias, asma bronquial, saúde mental), crianças, usuários álcool e drogas, de encaminhamentos, planejamento familiar, usuários fora de área, tuberculose/hanseníase/leishmaniose, HIV/AIDS e de visita domiciliar. Uma mudança relevante foi a rotina de notificação de doenças que era uma prática negligenciada no meu atendimento.

No entanto, o Curso de Especialização sempre alertou e agora tenho as fichas as Informações de Agravos de Notificação (SINAM) de fácil acesso numa pasta no consultório. As doenças mais notificadas são as de suspeita de dengue, sífilis, HIV/AIDS e leishmaniose tegumentar americana.

É de fundamental importância conquistar a confiança de pacientes e família para juntos alcançamos o sucesso terapêutico. É gratificante acompanhar esta evolução e criar vínculos com a comunidade, faço uma reflexão sobre meu trabalho neste período e posso dizer que percebi mudanças benéficas em minha atuação

como médico ESF, já que aperfeiçoei, condutas terapêuticas, técnicas e aprendi a interagir com a equipe de saúde da família no modelo de SUS no Brasil.

O sucesso na APS como porta de entrada do SUS depende de variados aspectos, principalmente os usuários e servidores de saúde e a atuação dos profissionais da saúde a que se deve considerar que fatores socioculturais, educacionais e familiares são decisivos para os diferentes processos na saúde.

O trabalho de conclusão de curso levou-me a concluir que os fatores inerentes às diferentes doenças crônicas não transmissíveis podem ser manejados através de intervenções dentro de um planejamento adequado buscando atingir as metas da Organização Mundial de Saúde para melhoria das condições de saúde de as pessoas, famílias e comunidade. A realização deste trabalho permitiu conhecer a fundo a realidade do tema no âmbito da zona rural quilombola de Condeixa na Salvaterra para identificar o desconhecimento a despeito da importância do controle de doenças crônicas e de fatores de risco nessa área de abrangência.

Nesse contexto, o presente trabalho oportunizou-me a percepção da necessidade de uma atuação intensificada da Equipe de Saúde da Família no apoio extensivo e incentivo às práticas de vida e hábitos saudáveis através de dinâmicas educação em saúde, enfatizando informações nesse tema e esclarecimento de dúvidas durante consulta ou visita domiciliar. Dessa maneira, é fundamental a orientação e apoio do profissional de saúde, a fim de estimular as boas práticas de saúde e melhorar os indicadores e a qualidade de vida, verifica-se que o presente trabalho representa grande relevância social, para as pessoas família e comunidade.

Portanto, a capacitação dos profissionais da saúde deve ser encarada como prioridade dentre as políticas públicas de saúde, uma vez que é através dos mesmos que se pavimentará o caminho para uma prevenção adequada de fatores de riscos de adolescer e de doenças crônicas assim como seus agravos. Obrigado Brasil pela oportunidade.

Referências:

- 1- A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas. Rio de Janeiro, Brasil, 2004.
- 2- ALAN JOSE, S; JUCYELLE, F, B; CREMILDE A, T; et al: Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. 2014.
- 3- BEATRIZ, A; et al. Senac, ed. Introdução a Farmacologia. São Paulo; 1999.
- 4- Caderno de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco Brasília- DF; número 32; 2013.
- 5- Caderno de atenção básica. Atenção primária de saúde: prevenção clínica de as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica; número 14. Ministério Saúde; Brasília- DF. 2006.
- 6- Caderno de Atenção Básica: atenção ao Gestação de alto risco. Manual técnico. Ministério da saúde. Brasília- DF. 2012.
- 7- CARVALHO D M; et al: Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022 Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil.
- 8- COLLINS, R; PETO, R; MACMAHON, S: Blood pressure, stroke and coronary diseases. Lancet. 332:828-32; 1990.
- 9- Duncan, B. B.; Silva, O. B.; Polanczk, C. A: Prevenção clínica das doenças cardiovasculares. 2013.
- 10- DUNCAN, B, B; MARIA I; ELSA R. J; et al: Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil. – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

- 11- FEGIGN VL, RINKELI GJ, LAWES CM, ALGRA A, BENNETT DA, VAN GLIJN J, ANDERSONCS: «Risk factors for subarachnoid hemorrhage: an updated systematic review of epidemiological studies». Stroke. 2005.
- 12- FERREIRA, R A; BARRETO S M; GIATTI L: Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG 30130-100, Brasil. 2014.
- 13- GAGLIARDI R J: «Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? 2010
- 14- GUIMARAES, S; MOURA, D; DA SILVA, P; SOARES: "Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas, 5ª Edição" BRASIL; 2006.
- 15- Maristela Monachini: Doenças Cardiológicas. Fatores de Risco e tratamento; cardiologista do hospital Sírio-Libanês, Brasil. 2004.
- 16- MEKHITARIAN P Cardiologia CRM 56406-SP: Hipertensão. Sintomas, Tratamentos, e Causas. S P,2012.
- 17- Ministério da Saúde: Política nacional de atenção integral à saúde da mulher, princípios e diretrizes, plano de ação 2004-2007. Brasília, DF, 2004.
- 18- Ribeiro P: Incidência e Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil
- 19- Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH; V Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 13 fevereiro, Ano 2006.

- ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

Projeto de intervenção em Saúde: Prevalência da Hipertensão Arterial sistêmica. Na Estratégia Saúde da Família Condeixa Município Salva terra. Estado Para. Brasil

Autor:

Rodolfo Ricardo Estrada

Médico Estratégia Saúde da Família Condeixa

Orientadora: Patrícia Barbaras Diaz

Ano 2017

Resumo:

Se efetuará um estúdio descritivo transversal seguem referencial teórico de outros trabalhos no Brasil, com objetivo geral de determinar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica na estratégia de saúde de família Condeixa município salva terra estado para, Brasil procurando os objetivos específicos relacionados: Determinar a prevalência dos pacientes hipertensos seguem idade e sexo; seguem raça; seguem escolaridade; além determinar a prevalência dos pacientes hipertensos que seguem o fator do risco na incidência e prevalência de hipertensão arterial em pessoas adultas de estratégia de a saúde família de Condeixa Salvaterra se selecionará as pessoas maiores de 16 anos se revisaram os prontuários clínicos de os adultos diagnosticados como hipertensos para obter dados e corroborar é diagnóstico. Se espera uma incidência da doença similar a média nacional 25% - 40 % esta pode aumentar com algum fator de risco da doença e também associados a complicações. Se recomenda a pesquisa ativa das doenças em todos os pacientes atendidos pelo médico da área de abrangência o que contribuirá a melhorar o trabalho de controle das doenças crônicas não transmissíveis e suas agravos, melhorando qualidade de vida das pessoas.

Palavras chave: Hipertensão arterial; Incidência e prevalência

Sumário:

- 1- Introdução
- 2- Problemática
- 3- Justificativa
- 4- Parceiros
- 5- Objetivos
- 5,1 Objetivos Geral
- 5,2 Objetivos Específicos
- 6- Revisão da literatura
- 7- Metodologia
- 8- Cronograma
- 9- Recursos necessários
- 10- Resultados esperados
- 11- Referências bibliográficas
- 12- Anexos e apêndices.

Introdução

Seguem a OMS as doenças crônicas não transmissíveis que são responsáveis, direta ou indireta, de mobilidade, mortalidade, perda da qualidade da vida e custos muitos altos em os adultos de todos os países do mundo; incluindo os industrializados e com mais desenvolvimento econômico e em os que ostentam esta categoria. A hipertensão arterial, fumo, a obesidade, a diabetes e as dislipidemias são comuns estas doenças nos adultos, com aumento preocupante nos últimos anos em crianças e adolescentes. São pelas mesmas doenças e também importantes fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis que causam danos vascular: hipertrofia ventricular esquerda, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, doença cerebrovascular e doença renal crônica. 1

A importância do tratamento adequado da hipertensão arterial, é a igual a outros fatores de risco, que radica em seu controle concomitante uma diminuição das complicações clínicas. As doenças, o problema e uma alta prevalência, afeta mais de mil milhões de pessoas, mais todos os hipertensos diagnosticados, tratados o controlados E, no Brasil sofre a doença próximo de 25% -40 % de os adultos e menos de 40 % fica controlado (PA menor de 140/90 mmHg).2

A consciência do perigo que apresenta esta doença e a importância de seu controle. É de especial transcendência pela carência de conhecimentos acerca da doença a maioria das pessoas. A través de temas concretos, o Ministério da Saúde pretende propagar a consciência da hipertensão arterial, e também os fatores do risco para que possam contribuir e incrementar sua incidência e prevalência as maneiras de preveni-los.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família de Condeixa realiza atividade educativa a incrementar o conhecimento da doença, fazer pesquisa ativar e aplicar uma ficha à população, para obter uma informação de utilidade, que contribuía a estabelecer uma estratégia para o controle. Com o objetivo de sensibilizar a povo da importância da prevenção da pressão arterial como fator de risco, ademais, conhecer a prevalência e incidência de a hipertensão arterial na população geral quantos ficam controlados, detectar novos hipertensos, a tomar

novas estratégias de trabalho com planejamento e ações em saúde: promoção, educação, prevenção dos fatores de risco da doença hipertensão arterial.

Problemática:

A prevalência e incidência da hipertensão arterial no Brasil foi levantada por amostras em algumas cidades. Assim sendo, o termo prevalência indica o número de doentes em um determinado momento. Estes estudos mostraram uma variação de 22,3% a 43,9% de indivíduos hipertensos conforme a cidade considerada. Pode estimar assim que, entre uma a duas pessoas a cada cinco são hipertensas. Em 2014, 35% da população brasileira acima de 40 anos estava hipertensa. Acredita-se que 20% da população mundial apresente o problema pelo que e causa complicações do coração, cérebro, pulmão, no rins e óbito que passa a ser um problema mundial. (1;2;3)

Justificativa:

Não se pode mais aceitar a proporção de óbitos por doença cardiovascular no Brasil em 2013, segundo dados de preenchimento de atestado de óbitos, foi de 27,4%. Atribui-se um risco decorrente da presença de hipertensão arterial na origem de certos grupos de doença. Cerca de 40% da mortalidade devida a acidente vascular encefálico é atribuída à hipertensão pelo que se pode definir como epidemia de século XXI. E ministério de saúde tem fazer planejamento de ações e mitigar o problema de saúde aumentando: promoção, educação e prevenção de a doença e fatores de risco. 2

Parceiros:

O projeto de intervenção em saúde incidência e prevalência da hipertensão arterial, em maiores de 16 anos na unidade saúde estratégia da família de Condeixa Salvaterra será executado pelo equipe de saúde integrado pelo médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde mais as pessoas destinadas ao estudo.

Objetivos:

Objetivo geral

1- Determinar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica na estratégia de saúde de família Condeixa município salva terra estado para, Brasil

Objetivo específico:

- 1- Determinar a prevalência dos pacientes hipertensos seguem idade e sexo.
- 2- Determinar a prevalência dos pacientes hipertensos seguem raça.
- 3- Determinar a prevalência dos pacientes hipertensos seguem escolaridade.
- 4- Determinar a prevalência dos pacientes hipertensos que seguem o fator do risco.
- 5- Determinar a prevalência dos pacientes hipertensos que seguem grau e estágio da doença.

Revisão da literatura:

Na revisão da literaturas podemos preservar as seguintes reflexões referentes a incidência e prevalência da hipertensão arterial no mundo e Brasil.

O coração é uma bomba eficiente que bate de 60 a 80 vezes por minuto durante toda a nossa vida e impulsiona de 5 a 6 litros de sangue por minuto para todo o corpo. Pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade (espessura) do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. Os estímulos hormonais e nervosos que regulam a resistência sanguínea sofrem a influência pessoal e ambiental as mulheres têm, percentualmente, mais hipertensão que os homens, mas eles têm hipertensão mais severa. O envelhecimento está associado a uma maior incidência de hipertensão sistólica. Quanto mais jovem o paciente, mais possibilidade de ter uma hipertensão secundária a uma doença reversível. A raça negra tem mais hipertensão e com características mais severas. A história familiar de muitos parentes hipertensos permite o diagnóstico etiológico de hipertensão essencial ou familiar. Após investigação, o paciente hipertenso pode ser diagnosticado como tendo hipertensão arterial de duas origens: a primeira é a hipertensão arterial essencial ou primária de causas desconhecidas. Ocorre em 90 a 95% dos hipertensos, e um exemplo é a hipertensão familiar. A segunda é a hipertensão arterial secundária, que em alguns casos pode ser revertida e até curada, dependendo do diagnóstico precoce que evite a cronicidade e as lesões hipertensivas. O segundo grupo, o da hipertensão secundária, como já vimos, é a minoria. Suas principais causas são hipertireoidismo 0,1%, tumores da suprarrenal 0,5%, doenças renais 3%, hipertensão renovascular 1%, coarctação de aorta 0,1% e hiperparatiroidismo 0,1%. A prevalência da hipertensão secundária é da ordem de 5 a 10% da população geral. (Trabalho Dr. Fabio Ribeiro, net)

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os valores admitidos são: 120x80mmHg, em que a pressão arterial é considerada ótima e 130x85mmHg sendo considerada limítrofe. Valores pressóricos superiores a

140x90mmHg denotam Hipertensão. Qualquer indivíduo pode apresentar pressão arterial acima de 140x90mmHg sem que seja considerado hipertenso. Apenas a manutenção de níveis permanentemente elevados, em múltiplas medições, em diferentes horários e posições e condições (repouso, sentado ou deitado) caracteriza a hipertensão arterial. A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjoos, falta de ar e sangramentos nasais. Esta falta de sintomas pode fazer com que o paciente esqueça de tomar o seu medicamento ou até mesmo questione a sua necessidade, o que leva a grande número de complicações. (Trabalho Dr. Pedro Mekhitarian Cardiologia CRM 56406-SP. Hipertensão. Sintomas, Tratamentos, e Causas. 2012.)

Conforme a IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, compreende em estágios: 1 (leve - 140x90mmHg e 159x99mmHg), 2 (moderada - 160x100mmHg e 179x109mmHg) e 3 (grave - acima de 180x110mmHg). (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2012)

A hipertensão arterial (HTA), hipertensão arterial sistêmica (HAS) conhecida popularmente como pressão alta é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial aferida com esfigmomanometro (aparelho de pressão) ou tensiometro, tendo como causas a hereditária, idade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse, o fumo e outras causas. Pessoas negras possuem mais risco de serem hipertensas. A sua incidência aumenta com a idade, mas também pode ocorrer na juventude. Considera-se hipertenso os indivíduos que mantêm uma pressão arterial acima de 140 por 90 mmHg ou 14x9, durante seguidos exames, de acordo com o protocolo médico. Ou seja, uma única medida de pressão não é suficiente para determinar a patologia. A situação 14x9 inspira cuidados e atenção médica pelo risco cardiovascular. Pressões arteriais elevadas provocam alterações nos vasos sanguíneos e na musculatura do coração. Pode ocorrer hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral(AVC), infarto do miocárdio, morte súbita, insuficiência renal e cardíacas, e, etc. (Artigo OMS 2010)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou pressão alta é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Considerando-se valores de PA > ou igual a 140/90mmHg. A prevalência de HAS nos últimos 20 anos, está acima de 30% na população brasileira com mais de 50 anos, entre 60 a 69 anos é de 50%, e acima de 70 anos é de 75%. Entre os gêneros a prevalência é maior nos homens (38%), do que nas mulheres (32%). Quando o seu coração bate, ele contrai e bombeia sangue pelas artérias para o resto do seu corpo. Esta força cria uma pressão sobre as artérias. Isso é chamado de pressão arterial sistólica, Há também a pressão arterial diastólica, que indica a pressão nas artérias quando o coração está em repouso, entre uma batida e outra. As principais complicações da hipertensão são AVC, por infarto agudo do miocárdio ou doença renal crônica. Além disso, a hipertensão pode levar a uma atrofia do músculo do coração, causando arritmia cardíaca. É importante ressaltar que, qualquer combinação de fatores de risco é sempre muito mais grave, pois o risco de mobilidade e complicação é maior. Em média, uma pessoa com hipertensão que não controla o problema terá uma doença mais grave daqui 15 anos. (Dr. Pedro Mekhitarian Cardiologia CRM 56406-SP Hipertensão Arterial.)

Metodologia ou materiais e métodos

Se efetuará um estudo descritivo transversal seguem referencial teórico de outros trabalhos no Brasil.

A prevalência e incidência de HAS nos últimos 20 anos, está acima de 30% na população brasileira com mais de 50 anos, entre 60 a 69 anos é de 50%, e acima de 70 anos é de 75%. Entre os gêneros a prevalência é maior nos homens (38%), do que nas mulheres (32%). Em média, uma pessoa com hipertensão que não controla o problema terá uma doença mais grave daqui 15 anos. (Dr. Pedro Mekhitarian Cardiologia CRM 56406-SP). Outros trabalhos falam Hipertensão Arterial no Brasil sofre a doença próximo de 25% -40 % de os adultos e menos de 40 % fica controlado (PA menor de 140/90 mmHg). (Trabalho Dr. Fabio Ribeiro. Incidência e Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil).

A estratégia de saúde da família de Condeixa em Salvaterra não escapa da doença na comunidade onde se efetuaram 4 equipes de trabalho aos quais se prepara acerca a metodologia o questionário utilizado nos anexos do projeto e objetivos propostos. Cada equipe efetuará visita domiciliar, prévia coordenação com todos os atores do trabalho e responsáveis são agentes comunitários de saúde como médico e enfermeira, se preencherá ficha com dados gerais com agendamento de consulta para avaliação médica e preencher todos os dados seguem anexos e classificar os pacientes em hipertensos e definir fatores de riscos assim como possíveis complicações e possíveis tratamento e definir incidência e prevalência da hipertensão arterial na estratégia de saúde da família Condeixa na Salvaterra. Se preencherá a ficha desenhada a cada pessoa hipertensa, se aplicará um questionário e um especialista médico (autor trabalho), qualificado verificará a pressão arterial em posição sentada ou deitada com esfigmomanômetro, previamente calibrado. Se procurará o consentimento feito por escrito no qual o paciente preencherá uma ficha com os dados seguem apêndice I, previa explicação dos objetivos significação do estudo a melhorar e saúde das pessoas de área abrangência e fazer planejamento e ações de saúde.

A ficha tem as seguintes interrogantes: idade, altura, peso, índice de massa corporal, raça, escolaridade, usuário de álcool, fumo, sim histórico hipertensão

arterial toma remédios quais, se tem consulta pelo médico com cheque-o da PA em os últimos 12 meses ao final se confere a pressão arterial (3 cheque-o e logo se calcula a média). Definirá as pessoas com hipertensão arterial as pessoas com PA = 140/90 mmHg e toda pessoa tomará remédios da pressão arterial, além de sua pressão arterial ficar normal. E pela revisão de o prontuário de cada pessoa no posto de saúde Condeixa.

Os dados se recopila em modelo com as variáveis selecionadas. Com os dados obtidos se confeccionará uma base de dados e se utilizará o sistema estadístico do Windows.

A técnica a utilizar será a análises da informação e a frequência da distribuição de as variáveis qualitativas e quantitativas, números absolutos e percentuais, média e desviação a estender em variáveis quantitativas. E análises estadísticas descritivas, os resultados ficarão em frequências absolutas e percentuais.

Cronograma:

Meses ---- atividades desenvolvidas

- Jan Título de trabalho, introdução
- Fev. Resumo, objetivos gerais; específicos
- Mar Metodologia ou materiais e métodos, revisão da literatura
- Abr. Avaliação de pacientes, coletas e computadorizar dados, avaliação

resultados

- Mai Igual anterior
- Jun. Entrega do projeto intervenção
- Jul. Discussão e defesa do projeto.
- Ago. Planejamento de ação na estratégia saúde de família Condeixa

Recursos necessários:

- 1- Sala para cheque-o de P.A
- 2- Esfigmomanometro e estetoscópio
- 3- Balança
- 4- Equipamento de multimídia.
- 5- Canetas
- 6- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- 7- Profissionais, médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde da família e as pessoas destinadas o estudo
- 8- Prontuário de pessoas presentes no estudo
- 9- Ficha de atendimento coletivo
- 10- Relógios
- 11- Folhas brancas

Resultados esperados:

A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco das doenças de origem vascular e que os sistemas de saúde de todos os países se esforçam para controlar, é nesse contexto que as doenças crônicas não transmissíveis, persistem com as seguintes falhas, como: não prevenção, diagnóstico tardio, tratamentos inapropriados, descontrole das cifras de PA e dos fatores de risco e doenças associadas. Desse modo, a população geral, falta tomar consciência do risco que representa ser hipertenso.

No estudo atual se espera de 25% a 40 % de as pessoas estudadas sejam hipertensas (umas que já conheciam de sua doença e outros de recente diagnóstico), com possibilidade de ser maior, se consideramos as que não são, é possível medir-lhes a PA, cifras similares a média nacional.

Ressalto, os objetivos específicos do projeto o qual ,temos presente uma maior incidência e prevalência na faixa etária maior de 45 anos de idade em sexo masculino, maior incidência e prevalência apesar de que as femininas que tomam hormônios tem maior riscos de hipertensão arterial, enquanto a raça temos que falar que a raça mestiça ou preta tem maior risco de adolecer de hipertensão arterial igual que analfabetismo seguem os resultados de outros estudos de outros trabalhos avaliados no revisão da literatura.

Seguem os objetivos específicos os fatores de risco fundamentais pode ser de sobrepeso/obesidade, fumo, usuário álcool, alimentação não saudável, estres, colesterol alto, doenças do rins, raça negra ou mestiça, herdo -familiar entre outras como encontrada na média nacional

Portanto, conluo, os novos hipertensos somados aos já conhecidos conformaram uma taxa de hipertensão igual ou superior à média nacional considerando-se uma epidemia de século XXI o Ministério saúde tem que tomar providencias a mitigar efeitos secundários e complicações na qual, na ESF de Condeixa em Salvaterra a equipe de saúde espera sensibilizar a população enquanto os fatores de risco de hipertensão arterial e suas complicações e quais são as medidas do planejamento de ação para mitigar os efeitos da doença na população para melhorar qualidade de vida de seus habitantes.

Referências:

- 1- ALAN JOSE, S; JUCYELLE, F, B; CREMILDE A, T; et al: Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. 2014.
- 2- Caderno de atenção básica. Atenção primária de saúde: prevenção clínica de as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica; número 14. Ministério Saúde; Brasília; DF 2006.
- 3- CARVALHO D M; et al: Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022 Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil.
- 4- CASTILLO Y C; RAUL CHAVEZ R V; ALONZO J P G: Incidência e prevalência da hipertensão arterial registrada em Dia Mundial de a Luta contra a Hipertensão Arterial. Experiência de um grupo de trabalho havana. Cuba
- 5- COLLINS R; PETO R; MACMAHON S: Blood pressure, stroke and coronary diseases. Lancet. 332:828-32; 1990.
- 6- Duncan, B. B.; Silva, O. B.; Polanczk, C. A. Prevenção clínica das doenças cardiovasculares. 2013.
- 7- DUNCAN B, B; SCHMID M I; ELSA R. J; e tal: Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil.;3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- 8- FEGIGN VL, RINKELI GJ, LAWES CM, ALGRA A, BENNETT DA, VAN GLIJN J, ANDERSONCS «Risk factors for subarachnoid hemorrhage: an updated systematic review of epidemiological studies». Stroke. 2005.
- 9- FERREIRA, R A; BARRETO S M; GIATTI L: Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG 30130-100, Brasil. 2014.

10- GAGLIARDI R J: «Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? 2010

11- GOMES F; e tal: Obesidade e Doença Arterial Coronariana: Papel da Inflamação Vascular. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo, SP Brasil. 2010.

12- MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. 1990.

13- MEKHITARIAN P: Cardiologia CRM 56406-SP: Hipertensão. Sintomas, Tratamentos, e Causas. S P, 2012.

14- Miquetichc F N e tal: Hipertensão Arterial e a Correlação com alguns Fatores de Risco em Cidade Brasil Pequeno Porte. 2010.

15- Monachini M: Doenças Cardiológicas. Fatores de Risco e tratamento; cardiologista do hospital Sírio-Libanês, Brasil. 2004.

16- Ribeiro P: Incidência e Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil

17- Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH; V Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 13 fevereiro, Ano 2006.

Apêndice:

I-Ficha o consentimento informado

Nome----- sobrenome----- idade-----sexo----- data
nascimento----- endereço-----

Concorda cooperar com estudo da pesquisa a prevalência da pressão
arterial sistêmica estratégia saúde da família condeixa

Sim----- Não-----

Assinatura-----

II-Ficha de dados gerais

Nome-----sobrenome-----idade----- sexo----

Raça-----escolaridade-----endereço-----rural----urbano---

Data nascimento-----

Altura----- peso quilos----- IMC-----

Histórico da família-----

Histórico pessoal-----

Tem alguma doença crônica-----

Toma remédios-----

Qual-----

Alimentação saudável-----

Usa sal-----

Usa açúcar-----

Faz esporte-----

Usuário álcool u drogas ou fumo especifique-----

Obrigado pela colaboração.

Anexos:

Tabela 1 Determinar a prevalência de os pacientes hipertensos seguem distribuição de as pessoas em idade e sexo. Ano 2017.

Idades	Sexo Masculinos	Sexo Femininos	Total
16 – 29			
30 – 39			
40 – 49			
50 – 59			
60 – 69			
70 y más			
Total			

Tabela 2 Determinar a prevalência de os pacientes hipertensos seguem distribuição de as pessoas com fatores de riscos e grau da doenças. Ano 2017.

Fatores de Risco	Estado I	Estádio II	Estádio III	No Estadeada	Total
Antecedentes de PA elevada					
Ingestão de Álcool					
Fumador					
Familiares de primeira línea hipertensos					
Doenças crónicas predisponentes					
Sim fatores de Risco					

Tabela 3 Determinar a prevalência de os pacientes hipertensos seguem distribuição das pessoas seguem grau da doenças e estágio doenças. Ano 2017.

Grau de a doenças	Estado I	Estado II	Estado III	Não estadeada	Total
Ligeira					
Moderada					
Severa					

Tabela 4 Determinar a prevalência de os pacientes hipertensos seguem distribuição de as pessoas seguem a escolaridade. Ano 2017.

	Sexo Masculinos	Sexo Femininos
Alfabetizados		
Não alfabetizados		
Total		