



YUDELKIS CISNERO SUAREZ

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF VILA NOVA, MUNICÍPIO DE
PÂNTANO GRANDE, RS**

Pântano Grande/RS

Janeiro de 2018



YUDELKIS CISNERO SUAREZ

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF VILA NOVA, MUNICÍPIO DE
PÂNTANO GRANDE, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.

Orientador(a): Patrícia Maria Barros Thomas.

Pântano Grande/RS

Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	14
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	16
6	REFERÊNCIAS	17
7	ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Yudelkis Cisnero Suarez, sou médica do Programa Mais Médicos, vinda de Cuba, e alocada para trabalhar no município de Pantano Grande no Rio Grande do Sul. Os Estudos em Cuba foram excelentes e proveitosos, pude realmente me preparar para a prática e desenvolver as atividades de saúde da família que estou agora.

A ESF Vila Nova se encontra no município Pântano Grande a 123 km da capital Porto Alegre, Estado Rio Grande Do Sul é uma vila pequena, de 3400 habitantes. A área tem uma escola, um posto médico de saúde: unidade básica de saúde: (Vila Nova) 1 igreja, 1 restaurante rústico, 3 comércios 2 pequenos e um comercio maior que é o mercado. Os trabalhadores vivem geralmente na mesma comunidade onde realizam suas atividades, outros precisam viajar para ir trabalhar. As principais atividades produtivas e desenvolvidas por eles são a agricultura: cultivo do eucalipto e fumo.

As casas na grande maioria são de madeira e uma minoria de tijolo/adobe, o abastecimento de água ocorre por rede pública, o destino de lixo e por coleta publica, o destino de fezes/urina e por fossa e a maioria pressintam eletricidade.

O possível risco a saúde são as enfermidades infecto contagiosas transmitidas por vetores como Malária, Dengue, Chikungunya, assim como enfermidades dermatológicas como dermatites por contato, dermatites por fungos; ptíriasis, epidermofitoses, micoses, parasitismo intestinal como por exemplo: ameba, giárdia, é áscaris lumbricoides, algumas enfermidades produzidas por animais de sangue quente como a leptospirosis. Todas elas muitas vezes relacionadas com a moradia em zona rural onde existem numerosos insetos e parasitas, pode estar relacionada com a pobreza, condições de vida carente de hábitos higiênicos saudáveis ou tipo de trabalho. Durante inverno são as doenças respiratórias as mais frequentes.

Eu acredito que a prática observacional é muito importante para o conhecimento do território de atuação porque nos permite obter dados para gerar uma informação da Situação de Saúde e Social que está acontecendo nesse território e planejar ações de saúde como promoção, prevenção, palestras informativas, bom atendimento e reabilitação para melhorar a qualidade dos serviços em atenção básica e melhorar o estado de saúde dessa comunidade; por isso os médicos de atenção

familiar e comunitária fazemos de tudo para melhorar a qualidade de vida da população porque isso forma parte de nosso trabalho.

Objetivando esse atendimento integral e diferencial as famílias atendidas, o meu projeto de intervenção (em anexo) feito no Eixo 1 desse curso de Saúde da Família foi direcionado para a Hipertensão Arterial Sistêmica.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Atualmente a doença cardiovascular é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, tendo o Brasil participação neste grupo. O principal fator de risco para sofrer este tipo de patologia é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O Brasil tem uma prevalência de HAS que varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em pessoas com mais de 70 anos de idade (BRASIL, 2016). Fazendo uma avaliação destes números considero que esta doença é um grande problema de saúde para o povo brasileiro, incluindo a comunidade onde nossa equipe trabalha.

A Unidade de Saúde de Vila Nova fica no Município de Pântano Grande RS, atende uma população estimada de 3100 pessoas, a maioria pobre e muito carente de atenção. A população alvo do projeto é de 1498 pessoas (pessoas acima de 20 anos). O total de pacientes hipertensos é de 234 tendo deles as consultas e a estratificação de risco cardiovascular em dia 91, para um 38,9%. Os hipertensos com acompanhamento odontológico em dia são 31 para um 13,2%.

O trabalho com este grupo de pessoas é diferenciado, a equipe está preparada para brindar uma atenção de qualidade com o objetivo de minimizar as possíveis complicações desta doença; ações como palestras, encontros com a população, orientações nas visitas domiciliares e nas consultas sobre como melhorar o estilo de vida (eliminar hábitos tóxicos, melhorar a alimentação e realizar atividades físicas), são implementadas pela equipe na área de abrangência.

A unidade de saúde de Vila Nova fica no município de Pântano Grande RS, atende uma população aproximada de 3100 pessoas, a maioria pobre e carente de atenção. As reuniões de equipe são as quartas feiras, onde fazemos a cronologia do

trabalho da semana e damos capacitações, assim como o análises de diferentes temas de trabalho. A unidade apresenta moradores muito distantes da mesma, os

Este projeto vai nos permitir melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS na área de cobertura, além de descobrir essa mobilidade oculta existente na mesma, sendo muito importante na prevenção de complicações fatais que podem aparecer em longo prazo se não são bem diagnosticadas e tratadas precocemente está patologia.

A aparição de casos novos nestes últimos 7 meses e o desconhecimento dos protocolos por parte dos profissionais me fez pensar em realizar a intervenção neste tema. A equipe hoje encontra-se mais preparada e organizada, os agentes comunitários de saúde, as técnicas e a enfermeira identificam bem os fatores de risco e fazem o controle da PA na população alvo com eficácia, baseando-se nos protocolos estabelecidos pelo MS.

Este trabalho teve que começar desde a base, trabalhando intensamente na promoção e prevenção de saúde. Sabemos que mudar a forma de pensar das pessoas é uma tarefa difícil, mas temos tido muito apoio e aceitação por parte da comunidade. O cumprimento dos protocolos de saúde e o desempenho da equipe contribuirão a elevar a qualidade de vida da população de Vila Nova, reduzindo a incidência e evitando complicações graves nos casos já existentes.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Essas reuniões com a equipe acontecem periodicamente, para discutir os principais problemas que acometem a população, e pude melhorar cada vez mais a participação nestas, devido ao módulo de processos de trabalho e apoiadores institucionais, realizado no curso do Mais Médicos, colaborando para melhorar minha atuação como profissional responsável pela saúde da família.

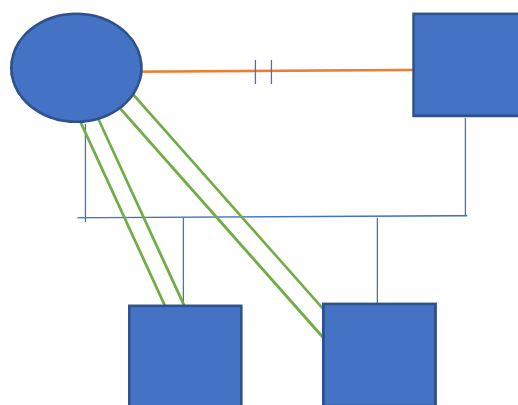
Para demonstrar a importância dessa implementação, abordarei um caso clínico de uma paciente hipertensa atendida pela Unidade de Saúde, e apontarei os efeitos de um acompanhamento médico combinado com as práticas educativas enfocadas na educação em saúde.

- CARACTERÍSTICAS

A senhora *H.A.P*, de 49 anos, viúva, mãe de dois filhos, um de 19 e outro de 16 anos, desempregada mas recebe pensão pela morte do marido, cuida do lar e dos filhos, se declara parda, ensino fundamental completo, frequenta a comunidade de artesãos da cidade e comparece regularmente a USF para suas consultas. Vive em casa própria, em condições simples.

O genograma é uma importante ferramenta para mostrar como a família da *H.A.P* está disposta no contexto da sociedade atendida pela USF:

Figura 01: Genograma da família de H.A.P



Próprio autor

Relata não praticar exercícios físicos e alega que gosta muito de cozinhar e provar suas comidas. Histórico familiar de hipertensão arterial por parte de mãe e pai, possui um irmão que já foi diagnosticado com hipertensão e diabetes. Nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico foi evidenciado que é sobre peso (IMC: 28,1), aferido a PA: 150x90mmHg, FC: 81bpm, FR: 18 mrpm. Exames complementares apontam aumento do sódio e triglicérides.

O diagnóstico é de Hipertensão Arterial Sistêmica primária, que parece estar ligado a fatores genéticos e ao sedentarismo, sendo necessária uma conduta para reduzir esses índices imediatamente, antes de fazer o uso de medicações.

A conduta inicial tomada foi:

- Aferir e monitorar a pressão arterial durante uma semana indo todos os dias na USF;
- Orientar quanto a hábitos alimentares saudáveis, lhe oferecer uma dieta rica em fibras, livre de sódio, açúcar e gorduras;
- Orientar para a prática de atividade física;
- Agendar retorno a 7 dias.

PROJETO SINGULAR TERAPÊUTICO

Lista de Problemas	Metas	Divisão de tarefas	Avaliação
Hipertensão Arterial	Aferir e monitorar a pressão arterial durante uma semana indo todos os dias no PSF;	Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares; Enfermeiro: acolhimento e educação em saúde;	Reuniões: ocorrerão reuniões periódicas para avaliação das metas planejadas.

		Médico: consultar e fornece orientações sobre a conduta, com encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção medicamentosa.	
Sedentarismo	Orientar quanto a hábitos alimentares saudáveis= Ihe oferecer uma dieta rica em fibras, livre de sódio, açúcar e gorduras; Orientar para a prática de atividade física;	Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares; Enfermeiro: acolhimento e educação em saúde; Médico: consultar e fornece orientações sobre a conduta, com encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção medicamentosa.	Reuniões: ocorrerão reuniões periódicas para avaliação das metas planejadas.

<p>Triglicérides alto</p>	<p>Orientar quanto a hábitos alimentares saudáveis= Ihe oferecer uma dieta rica em fibras, livre de sódio, açúcar e gorduras; Orientar para a prática de atividade física;</p>	<p>Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares; Enfermeiro: acolhimento e educação em saúde; Médico: consultar e fornece orientações sobre a conduta, com encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção medicamentosa.</p>	<p>Reuniões: ocorrerão reuniões periódicas para avaliação das metas planejadas.</p>
----------------------------------	--	--	---

CONSULTA DE RETORNO

Depois de uma semana, a senhora *H.A.P* retornou a ESF para nova avaliação e manejo clínico de sua condição de saúde evidenciada pela Hipertensão arterial.

A senhora *H.A.P* afirmou ter seguindo fielmente as orientações médicas, onde afirmou ter feito a ingestão de alimentos ricos em fibras como frutas e verduras, livres de gorduras. Praticou a caminhada 3x na semana por 1 hora de exercício, o que a ajudou a se sentir melhor e ter mais resistência, não ficando mais cansada como antigamente.

Devemos lembrar que o manejo não medicamentoso deve ser indicado no início do tratamento para obter resultados passíveis de ser empregado ou não o tratamento farmacológico.

Pelo módulo de Saúde baseada em evidências foi possível aprender a buscar publicações que confirmem a conduta a ser seguida, assim em um estudo realizado por Giroto et al (2013), sobre a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial, mostrou que:

As variáveis relativas ao tratamento não farmacológico foram: atividade física regular – realização de exercícios dinâmicos (caminhada, ciclismo, dança, ginástica, entre outras) com frequência mínima de três vezes na semana e duração mínima de 30 minutos cada sessão, conforme recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e dieta – qualquer mudança nos hábitos alimentares para ajudar no controle da hipertensão arterial (GIROTO et al, 2013, p. 03).

Este apontamento está presente na VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial do ano de 2014, enfatizando que trabalhar com as práticas educativas implica em trabalhar com a promoção em saúde, que é uma das missões da Estratégia de Saúde da Família.

A promoção da saúde, segundo Ribeiro, Cotta e Ribeiro (2012), visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde.

Portanto, é importante que o profissional médico da família saiba ter o enfoque na promoção da saúde em equilíbrio com a medicalização, atendendo as necessidades do paciente de acordo com sua cultura e meio onde vive, e isso influenciará positivamente na sua saúde.

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

Como foi mencionado na introdução desse portfólio, a ESF Vila Nova enfoca a promoção e prevenção de saúde. Sabemos que mudar a forma de pensar das pessoas é uma tarefa difícil, mas temos tido muito apoio e aceitação por parte da comunidade. O cumprimento dos protocolos de saúde e o desempenho da equipe contribuirão a elevar a qualidade de vida da população de Vila Nova, reduzindo a incidência e evitando complicações graves nos casos já existentes.

Sabemos enquanto médicos que a prevenção é a principal estratégia de redução dos danos causados pelas patologias. De acordo com Almeida (2005), existem vários tipos de prevenção, os quais estão descritos logo abaixo:

- Prevenção primordial é o conjunto de atividades que visam evitar o aparecimento e estabelecimento de padrões de vida social, económica ou cultural que se sabe estarem ligados a um elevado risco de doença;
- Prevenção primária é o conjunto de ações que visam evitar a doença na população, removendo os fatores causais, ou seja, visam a diminuição da incidência da doença. Tem por objetivo a promoção de saúde e proteção específica. São exemplos a vacinação, o tratamento de água para consumo humano, medidas de desinfecção e desinfestação, ou ações para prevenir a infecção por VIH – como ações de educação para a saúde e/ou distribuição gratuita de preservativos, ou de seringas descartáveis aos toxicodependentes;
- Prevenção secundária é o conjunto de ações que visam identificar e corrigir, o mais precocemente possível, qualquer desvio da normalidade, de forma a colocar o indivíduo na situação saudável, ou seja, têm como objetivo a diminuição da prevalência da doença. Visam o diagnóstico, o tratamento e a limitação de danos. Um exemplo é o rastreio do cancro do colo uterino, causado pela transmissão sexual do HPV;
- Prevenção terciária é o conjunto de ações que visam reduzir a incapacidade de forma a permitir uma rápida e reintegração do indivíduo na sociedade, aproveitando as capacidades remanescentes. Como exemplo, podem-se citar ações de formação a nível de escolas e locais de trabalho que visem anular atitudes fóbicas em relação a um indivíduo infectado pelo VIH. Outro exemplo, a nível da saúde ocupacional, seria a reintegração de um trabalhador na

empresa, caso não pudesse continuar a exercer, por razões médicas, o mesmo tipo de atividades;

- Prevenção quaternária é o conjunto de ações que visam evitar a iatrogenia associada às intervenções médicas, como a sobre medicalização ou os "excessos preventivos".

Já a promoção da saúde é um termo que pode ser definido com gerar saúde e não apenas tratar a doença. A ANS (2017) define como programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aquele que contém um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas que objetivam: a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

Em minha Unidade de Saúde Vila Nova, trabalhamos com prevenção e promoção da saúde através de Educação em Saúde, que consiste em orientações voltadas para a saúde dos grupos, como gestantes, adolescentes, saúde da mulher, saúde dos homens, hipertensos e diabéticos e saúde da criança.

Em relação a saúde da criança, abordamos a puericultura em sua promoção da saúde em educação de saúde com o grupo de gestantes e mulheres que acabaram de dar a luz.

Conforme o Ministério da Saúde (2004, p.46), as atribuições da equipe de saúde na promoção e acompanhamento do puerpério na atenção à criança são:

- Verificação do cartão da criança/condições de alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;
- Avaliação geral da criança;
- Identificação da criança de risco ao nascer;
- Avaliação e identificação da alimentação; avaliação e orientação para o aleitamento materno – ressaltar a importância do aleitamento materno por 2 anos, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses;
- Observação e avaliação da mamada no peito para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;
- Avaliação da mama puerperal e orientação quanto à prevenção das patologias, enfocando a importância da ordenha manual do leite excedente e a doação a um Banco de Leite Humano;

- Teste do pezinho;
- Aplicação das vacinas (BCG e contra hepatite para o recém-nascido, dupla tipo adulto e tríplice viral para a mãe, se necessário);
- Agendamento de consulta para o recém-nascido e para a puérpera (30 dias após o parto);
- Acompanhamento e avaliação do desenvolvimento e crescimento.

Atuamos na Unidade Vila Nova com grupo de acompanhamento das gestantes, onde é realizada educação em saúde e são abordados diversos temas referente ao puerpério, acompanhando a gestação, o nascimento e o puerpério que envolve o desenvolvimento da criança. Muitas mães e gestantes relatam gostar dessa educação em saúde me grupo.

O vínculo criado entre a equipe de saúde e a família possibilita que a criança não se sinta ansiosa em suas primeiras consultas odontológicas e permite que hábitos sejam identificados e modificados para melhorar a saúde bucal da criança e de toda a família.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

Na minha ESF Vila Nova, como mencionado na introdução desse portfólio, se encontra no município Pântano Grande, RS, as visitas domiciliares são programadas com horários específicos, todas as segundas no horário da manhã são feitas, e são planejadas e solicitadas pelos agentes comunitários de saúde, os familiares dos pacientes ou pela ESF, geralmente são feitas pelo médico, enfermeira e ACS.

Nossa equipe de saúde realizou uma visita domiciliar ao senhor JPS, o paciente é um idoso de 76 anos de idade com HAS e arritmia cardíaca, além disso, ele é obeso e tabagista e tem uma linfangite crônica, mora sozinho, pois sua filha mora na mesma cidade, mas em outro bairro.

Ele é orientado e gosta de falar com as pessoas, aposentado. Sua filha paga uma empregada doméstica para executar o trabalho na casa de seu pai, porque ele tem dificuldade para fazer as tarefas domésticas, para a sua obesidade e linfangite crônica, que causa alguma perda de função em seus membros inferiores. Ele se preocupa em tomar a sua medicação contínua, mas às vezes esquece de tomar os medicamentos. Ele fala bem de sua filha, e entende que ela trabalha e cuida de sua família também.

Periodicamente a UBS faz visita a este domicílio, onde a enfermeira controla a PA e sinais vitais, a doutora realiza o exame físico geral, controle da medicação e orientação sobre a alimentação correta. A equipe fala da higiene e cuidados em geral e avalia além o risco de acidente no domicílio.

A equipe traça-se tarefas para seu seguimento:

- Orientar a realização de exercícios ligeiros, dieta sem sal e baixa em carboidratos, comer vegetais, eliminar o tabagismo, consumo abundante de água e outros líquidos, e outras medidas gerais para manter-se compensado.
- Fazer as consultas programadas.
- Fazer visitas domiciliares com mais frequência.
- Lograr que ele participe do grupo da terceira idade.

Responsabilidades:

A ACS vai fazer visitas com mais freqüência insistir na adesão ao tratamento medicamentoso e o cumprimento das medidas orientadas.

A médica e a enfermeira vão continuar as consultas agendadas e visita domiciliaria sempre que precisar.

A medica e enfermeira realizam capacitação da cuidadora, em quanto à adesão do paciente ao tratamento e cuidados gerais do mesmo.

Reavaliação:

Na reunião de equipe cada semana se faz avaliação e seguimento do caso e se comprova se as tarefas foram cumpridas e como é o estado de saúde do senhor nesse momento.

Durante as visitas domiciliares a equipe garante uma atenção de alta qualidade para as pessoas com riscos, enfermos e seus familiares, ao permitir que indivíduos que necessitem de cuidados por doenças agudas ou crônicas recebam o tratamento no domicílio, concentramos o trabalho em brindar uma orientação, educação permanente de saúde a nossa comunidade, com o objetivo de fazer mudanças em o estilo de vida das pessoas, ajudando a modificar riscos e evitar adoecer, além de comprometer as famílias com o cuidado da saúde de seus familiares, também nas visitas domiciliares permite ter uma valoração geral das situação da saúde de nossa comunidade, detectando possíveis fontes de contaminação ambientais como lixeiros, fontes de agua de mala qualidade e outros riscos de acidente que possam afetar a saúde da comunidade.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Participar do curso de Especialização de Saúde da Família foi gratificante tanto em caráter de crescimento profissional como pessoal, pois pude desenvolver habilidades pessoais como a comunicação, o entrosamento com a equipe de saúde na UBS Vila Nova, além de estabelecer uma interação dos conteúdos aprendidos com a prática do trabalho médico.

Quando trabalhamos em uma Unidade da Família, temos que saber como abordar as famílias atendidas e os usuários, cada um em seu grupo etário, dentro de suas peculiaridades e condições de vida e saúde.

Este curso contribuiu grandemente para minha formação em medicina, de forma complementar, pois lidar com os usuários do Sistema Único de Saúde, na prática é muito diferente da teoria, então serviu como um embasamento para melhorar meu atendimento médico.

O Eixo I do curso apresentou diversos temas e doenças pertinentes a comunidade e como interagir e resolver problemas, permitindo conhecer os costumes da população assim como os principais problemas de saúde e estabelecer um projeto de intervenção para solucioná-los.

O Eixo II apresentou os casos clínicos complexos, ou seja, situações de saúde e doença que estamos lidando no dia-a-dia na UBS, que me ajudou a melhorar meu atendimento e escolher a melhor forma de tratamento para cada paciente.

O portfólio foi uma novidade que nunca tinha visto antes, porém com o passar do tempo pude aprender, ao realizar cada atividade, pois estão ligadas a minha prática, principalmente a visita domiciliar, que acredito ser um procedimento importante, o qual deve ser planejado e avaliado constantemente.

6 REFERENCIA

Almeida, L M. Da prevenção primordial á prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 23(1):91-6. 2005.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças**. 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/286--promocao-da-saude-e-prevencao-de-riscos-e-doencas>. Acesso em 18 de novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> . Acesso em 14 de dezembro de 2017.

GIROTTTO, Edmarlon et al . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1763-1772, June 2013 .

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre e RIBEIRO, Sônia Machado Rocha.A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.17, n.1, 2012.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO

**Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 15**

Yudelkis Cisnero Suárez

**COBERTURA E QUALIDADE NA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS: UMA
INTERVENÇÃO NA ESF VILA NOVA EM PÂNTANO GRANDE – RS**

PORTO ALEGRE/ RS

2017

RESUMO

Pântano Grande é um município com uma população aproximadamente de 11. 473 habitantes, minha unidade básica de Vila Nova tem população de 3100. O município tem o sistema organizado por níveis de atenção os quais constituem a rede de atenção de saúde da população. A Hipertensão arterial, entre as doenças crônicas, é um dos principais problemas de saúde em países desenvolvidos e o controle é sobre a qual devemos atuar para diminuir significativamente a morbidade por complicações da doença. Este projeto de intervenção tem como objetivo melhorar a cobertura e qualidade da atenção aos pacientes hipertensos da equipe de saúde de Vila Nova. Os problemas analisados pela equipe de saúde junto com as pessoas que conhecem a área e que tem domínio dos problemas de saúde existentes, e das suas possíveis causas e consequências. Com este trabalho esperamos diminuir os riscos de desenvolver Hipertensão Arterial, aumentar o grau de conhecimento sobre HAS e suas consequências, conseguir maior cultura alimentaria, dar maior acompanhamento a todos os pacientes com risco cardiovascular.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Estratégia Saúde da Família. Prevenção Primária.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	OBJETIVOS	05
2.1	OBJETIVO GERAL	05
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	05
3	REVISÃO DE LITERATURA	06
4	METODOLOGIA	10
5	CRONOGRAMA	11
6	RECURSOS NECESSÁRIOS	12
6.1	RECURSOS HUMANOS	12
6.2	RECURSOS MATERIAIS	12
7	RESULTADOS ESPERADOS	13
	REFERÊNCIAS	14

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Atualmente a doença cardiovascular é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, tendo o Brasil participação neste grupo. O principal fator de risco para sofrer este tipo de patologia é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O Brasil tem uma prevalência de HAS que varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em pessoas com mais de 70 anos de idade (BRASIL, 2016). Fazendo uma avaliação destes números considero que esta doença é um grande problema de saúde para o povo brasileiro, incluindo a comunidade onde nossa equipe trabalha.

A Unidade de Saúde de Vila Nova fica no Município de Pântano Grande RS, atende uma população estimada de 3100 pessoas, a maioria pobre e muito carente de atenção. A população alvo do projeto é de 1498 pessoas (pessoas acima de 20 anos). O total de pacientes hipertensos é de 234 tendo deles as consultas e a estratificação de risco cardiovascular em dia 91, para um 38,9%. Os hipertensos com acompanhamento odontológico em dia são 31 para um 13,2%.

O trabalho com este grupo de pessoas é diferenciado, a equipe está preparada para brindar uma atenção de qualidade com o objetivo de minimizar as possíveis complicações desta doença; ações como palestras, encontros com a população, orientações nas visitas domiciliares e nas consultas sobre como melhorar o estilo de vida (eliminar hábitos tóxicos, melhorar a alimentação e realizar atividades físicas), são implementadas pela equipe na área de abrangência.

A unidade de saúde de Vila Nova fica no município de Pântano Grande RS, atende uma população aproximada de 3100 pessoas, a maioria pobre e carente de atenção. As reuniões de equipe são as quartas feiras, onde fazemos a cronologia do trabalho da semana e damos capacitações, assim como o análises de diferentes temas de trabalho. A unidade apresenta moradores muito distantes da mesma, os

Este projeto vai nos permitir melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS na área de cobertura, além de descobrir essa mobilidade oculta existente na mesma, sendo muito importante na prevenção de complicações fatais que podem aparecer em longo prazo se não são bem diagnosticadas e tratadas precocemente está patologia.

A aparição de casos novos nestes últimos 7 meses e o desconhecimento dos protocolos por parte dos profissionais me fez pensar em realizar a intervenção neste tema. A equipe hoje encontra-se mais preparada e organizada, os agentes comunitários de saúde, as técnicas e a enfermeira identificam bem os fatores de risco e fazem o controle da PA na população alvo com eficácia, baseando-se nos protocolos estabelecidos pelo MS.

Este trabalho teve que começar desde a base, trabalhando intensamente na promoção e prevenção de saúde. Sabemos que mudar a forma de pensar das pessoas é uma tarefa difícil, mas temos tido muito apoio e aceitação por parte da comunidade. O cumprimento dos protocolos de saúde e o desempenho da equipe contribuirão a elevar a qualidade de vida da população de Vila Nova, reduzindo a incidência e evitando complicações graves nos casos já existentes.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implementar ações de educação em saúde voltadas para a redução dos índices de HAS na população atendida pela ESF Vila Nova.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver rodas de conversa com os usuários da ESF Vila Nova sobre estratégias de diminuição e/ou controle da HAS;
- Melhorar a qualidade de vida dos hipertensos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2016), a hipertensão é conceituada como uma “condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos 140 e/ou 90 mmHg”.

A hipertensão está frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MALACHIAS et al., 2016; BRASIL, 2013).

A prevenção, o controle e o diagnóstico da HAS é de atribuição da Estratégia Saúde da Família. O profissional de saúde deve conhecer a população que atende e as doenças crônicas que acometem o território de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) a qual pertence. Assim, é possível traçar um plano de cuidado que atenda às necessidades da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a finalidade da Linha de Cuidado da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. Dentre os princípios norteadores dessa linha de cuidado, podem-se destacar (BRASIL, 2013, p. 23):

- *Partir da situação problema, ou seja, das demandas do território, a fim de atender às suas necessidades de saúde;*
- *Identificar quais são os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências;*
- *Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser*

pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual;

- *Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual;*
- *Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores – PPI, Comissão Intergestores Regional – CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB, entre outros);*
- *Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir, em parceria com outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistenciais;*
- *Identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença;*
- *Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado.*

Assim, observa-se que a linha de cuidados para a HAS deve ter como base a clínica ampliada e compartilhada, a integralidade e a intersetorialidade.

Com relação ao tratamento da HAS, além do acompanhamento médico e medicamentoso, o hipertenso necessita ser orientado quanto ao seu estilo de vida, adoção de comportamentos saudáveis que incluem uma alimentação adequada (livre de alimentos gordurosos e de sódio) e a realização de atividades físicas (BRASIL, 2013; NASCIMENTO; BARBOSA, 2013).

Um estudo realizado com 385 hipertensos com idade de 20 a 79 anos evidenciou que 59,0% aderiram ao tratamento medicamentoso, somente 17,0% realizam atividade física regular e 69,1% referiram mudanças na alimentação (GIROTTI et al., 2013).

A prática sistemática da atividade física exerce um importante papel na melhoria e manutenção do desempenho das atividades da vida diária do indivíduo, especificamente para o hipertenso, com redução do impacto no déficit funcional natural, causado pelo seu processo crônico de adoecimento. Portanto, o nível de atividade física é um componente importante na estabilização e na redução da progressão de várias doenças crônicas, sobretudo quando associadas ao aumento da idade (NASCIMENTO; PINHEIRO, 2013).

Quanto ao controle da HAS, uma pesquisa com amostra de 440 usuários mostrou que menos da metade dos hipertensos estava com o quadro de HAS controlado e o controle se associou a variáveis biológicas, tratamento, atitudes e conhecimento sobre a hipertensão (prática de exercícios físicos) e seu tratamento (PIERIN et al., 2011).

Para implementar a prática de um estilo de vida saudável na rotina do hipertenso é preciso envolver a comunidade, o sistema de saúde, os profissionais e os dispositivos assistenciais disponíveis. Nessa perspectiva, a atuação do Médico de Saúde da Família deve estar voltada para o cuidado e a prevenção, a partir de práticas educativas em saúde, tais como a educação em saúde, os círculos de conversa, dentre outros. Tais estratégias facilitam a assimilação das informações referentes ao processo saúde-doença-cuidado, estimulam a reflexão do sujeito acerca do seu estilo de vida e promovem a adoção de comportamentos mais saudáveis.

Além disso, as práticas promotoras em saúde, sobretudo a educação em saúde, estimulam o vínculo entre os profissionais de saúde da ESF e os usuários de saúde, pois possibilita a troca positiva de conhecimentos, de confiança na equipe, que promove a aceitação do tratamento não medicamentoso e adoção de um estilo de vida saudável, colaborando para uma mudança nos hábitos de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

Portanto, compreender os problemas que afetam a saúde dos sujeitos inseridos no contexto de atuação da equipe é fundamental, sobretudo para que posteriormente sejam construídas estratégias capazes de impulsionar o

desenvolvimento de ações de promoção em saúde, as quais deverão contemplar a singularidade dos sujeitos, conhecendo e valorizando a realidade da qual fazem parte.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal, com abordagem qualitativo-quantitativa realizado na ESF do Vila Nova, que pertence ao Município de Pântano Grande, Estado Rio Grande do Sul em um período de quatro meses.

A população estudada está constituída inicialmente por 224 pacientes hipertensos onde se fara uma avaliação geral, incluindo os contextos sociais, biológicos e psicológicos dos indivíduos. Além de buscar soluções aos problemas achados temos como objetivo minimizar os risco cardiovasculares que acontecem na maioria dos pacientes com estas doenças, e prever a incidência na população alvo. A avaliação será realizada nas consultas, encontros educativos para elevar a promoção e prevenção de saúde da comunidade, e nas visitas domiciliares, realizando em cada destes cenários pesquisas ativas da população alvo.

Serão convidados a participar deste projeto de intervenção as pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial, cadastradas na Unidade de Saúde. Espera-se que compareçam à Unidade 50% das pessoas convidadas. Todas foram convidadas formalmente e previamente a estarem participando de um grupo de conversa.

Para atingirem os objetivos propostos, serão realizados os seguintes procedimentos:

- **Primeiro momento:** Capacitação sobre prevenção da hipertensão arterial atualizada para toda a equipe de saúde da família da Unidade que acontecerá no período de 3 semanas;
- **Segundo momento:** Visita domiciliar com agentes comunitários de saúde para convidar as pessoas a participarem da reunião, no período de duas semanas;
- **Terceiro momento:** Planejamento da ação educativa através de um grupo de conversa. Esta intervenção acontecerá no período de um mês;
- **Quarto momento:** Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura;
- **Quinto momento:** Avaliar as atividades realizadas através dos objetivos alcançados.

5 CRONOGRAMA

Ação		Período de realização			
		2017			
		Abr	Mai	Jun	Jul
Elaboração do Projeto de Intervenção		X	X	X	
Procedimentos de Intervenção	1) Capacitação da Equipe;		X		
	2) Visita domiciliar com agentes comunitários para convidar as pessoas;		X		
	3) Planejamento da ação educativa através do círculo de cultura;			X	
	4) Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura;				X
	5) Avaliar as atividades realizadas através dos objetivos alcançados.				X

6 RECURSOS HUMANOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 09 agentes comunitários de Saúde, 2 auxiliares de Enfermagem; 1 técnico de Enfermagem, 1 enfermeiros, 1 médicos, 1 dentista, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Prontuários dos hipertensos;
- Folha A4;
- Impressora;
- Impressos: panfletos;
- Vídeos animados;
- Cadernos de Atenção Básica (Hipertensão Arterial).

7 RESULTADOS ESPERADOS

- Com a realização da educação em saúde sobre a prevenção e orientações para a hipertensão arterial espera-se reduzir os índices de hipertensão com sua prevenção em 80%;
- Espera-se que dos responsáveis convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% compareça no dia da intervenção;
- Espera-se que dos responsáveis convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% possa compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento e prevenção da hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.** Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, v. 5. 2016.

GIROTTO, E. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

LIMA, L. O. **Método Paulo Freire:** processo de aceleração de alfabetização de adultos. In: LIMA, L. O. Tecnologia, educação e democracia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p.175-6.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3Supl.3, p. 1-83, 2016.

NASCIMENTO, M. E. do; BARBOSA, E. S. Intervenções educativas voltadas para o autocuidado do paciente com hipertensão arterial: uma revisão de literatura. **Revista Interfaces da Saúde**, n. 2, p. 9-20, 2013.

NASCIMENTO, S. M. do; PINHEIRO, R. S. Participação no programa de atividade física de idosos residentes em uma Casa Gerontológica no Rio de Janeiro. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-52, mar. 2013.

OLIVEIRA, T. L. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 179-84, 2013.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, suppl.1, p.1389-1400, 2011.