



YEIDER RODRIGUEZ BELTRAN

PORTFÓLIO FINAL

SÃO PAULO DE OLIVENÇA. AM

2017

YEIDER RODRIGUEZ BELTRAN

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do curso de especialização em saúde da Família sob a orientação do professor Dr. Fabiano Fraga de Carvalho.

SÃO PAULO DE OLIVENÇA. AM

2017

SUMARIO

1. Introdução	4
2. Estudo de Caso Clinico	6
3. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças	12
4. Visita domiciliar/Atividade no domicilio	15
5. Reflexão Conclusiva	19
6. Referências Bibliográficas	21
7. Anexo: Projeto de Intervenção	22

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Yeider Rodriguez Beltran, tenho 33 anos, sou de nacionalidade Cubana, do município de Yateras na província de Guantánamo. No município de Yateras culminei meus estudos básicos. Logo já em 2003 comecei a estudar medicina na Universidade das Ciências Médicas de Santiago de Cuba (UCMSC). Graduei-me como médico de família em 2009, comecei a trabalhar nesse mesmo ano no município de Yateras em o consultório da família de palanque centro (CMFPC). Trabalhei nesse consultório até março de 2010. Logo depois nesse mesmo ano retornei para a província de Guantánamo, para o Hospital Geral Docente Agostino Neto, onde trabalhei e estudei até abril 2011 em uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Em maio de 2011 viajei para a República Bolivariana de Venezuela a trabalhar em um Centro de diagnóstico Integral (CDI), como médico de emergência, além disso, comecei minha especialização em Medicina Geral Integral (MGI).

Retornei para Cuba em agosto de 2014 depois de três anos de trabalho em Venezuela. Imediatamente comecei a trabalhar no Hospital Fausto Favier de meu município. Em março de 2015 apresentei meu trabalho final e graduei-me de especialista de primeiro grau em Medicina Geral Integral.

Em julho de 2016 cheguei de Cuba para formar parte do Programa Mais Médica para o Brasil (PMMB), desde então atuo no município de São Paulo de Olivença.

São Paulo de Olivença é um município do interior do estado Amazonas, Região Norte do país. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016 era de 37 300 habitantes, sendo assim o terceiro município mais populoso de sua microrregião e o décimo sétimo mais populoso do Amazonas.

Estou atuando na Unidade Básica de Saúde (UBS) São João, localizada no bairro com o mesmo nome, a mesma consta com uma equipe de saúde muito profissional, integrado por dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, dois técnicos de vacina e um total de 12 agentes comunitários de saúde (ACS), mais agora só temos 10 deles em ativo.

Nossa área de abrangência tem um total de 1928 usuários, divididos em 593 famílias segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de novembro de 2016. Nossa equipe de saúde vem fazer mais de um ano trabalhando intensamente em as labores de promoção, prevenção e educação em saúde. Assim como atendimento e visitas a diferentes áreas de abrangência.

As principais doenças prevalentes são: Diabetes Mellitus, com mais frequência a tipo 2 (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), lumbago, parasitoses intestinal e acidentes de moto. Além de apresentar muitos cachorros abandonados nas ruas dos bairros que são causa de muitas doenças.

A população apresenta muitas famílias com baixo nível socioeconômico. As principais fontes de trabalho são a pesca, a agricultura, o mercado de varejo e o serviço de moto taxi.

O Projeto de Intervenção foi sobre Hipertensão Arterial Sistêmica com o título: **Prevalência de Hipertensão Arterial e seus fatores de risco associados em a população maior de 30 anos na UBS São João**, no município São Paulo de Olivença, estado Amazonas. Este projeto foi desenvolvido com o objetivo de determinar a prevalência real de pacientes hipertensos maiores de 30 anos em nossa área de abrangência, identificar todos os fatores de risco associados à hipertensão e, além disso, caracterizar os indivíduos hipertensos de acordo com o sexo, variáveis socioeconômicas e demográficas, de hábitos de vida, de utilização dos serviços de saúde e de condição de saúde. Para assim ter uma ferramenta para o melhor tratamento e a modificação dos fatores de risco associados.

2- **ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

CASO CLÍNICO: UBS SÃO JOÃO

ANAMNESE

Identificação do paciente.

Nome: P.M. F

Idade: 45 anos.

Sexo: Masculino.

Escolaridade: ---

Estado civil: Divorciado.

Profissão: Motoqueiro (moto taxi).

Endereço: Rua prudente de Moraes. # 1250. Bairro São João.

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor de cabeça

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

(Primeira consulta)

Paciente que se apresenta na consulta medica por ter dor de cabeça de moderada intensidade, fixo, de tipo pulsátil, além disso, refere dor nos olhos e palpitações ocasionais. Não refere preocupação, mais notasse um pouco ansioso. Não outra sintomatologia.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Não refere.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Mãe: Viva, Hipertensa.

Pai: Vivo, Sem antecedentes de doença.

Irmão: Falecido, acidente de transito.

CONDIÇÕES DE VIDA:

- Alimentação: Predominantemente gorduras e carboidratos, frutas e verduras, não as consume na dieta.
- Habitação: Moras alugado em um apartamento pequeno, de só um quarto, a antiga esposa com a filha ficaram com a casa depois do divorcio. Os pais moram em outra cidade.
- Historia ocupacional: Nunca teve um trabalho fixo, já que nunca estudo e não tem uma profissão. Agora trabalha como moto taxi na cidade.
- Atividades físicas: Sedentário.
- Vícios: Tabagismo, álcool ocasional.

EXAME FISICO:

Sinais vitais:

Temperatura: 36,3 °C.

PA: 140x90 mmHg.

FC: 87 bpm

FR: 20 rpm

Medidas antropométricas:

Peso: 82 Kg

Altura: 1.73 cm

IMC: 27.3 (sobrepeso)

- Mucosas: Úmida e normocoradas.
- AP.Resp: M/V normal.
- AP.Vasc: B/C. rítmicos, não sopro.
- Abdômen: Globuloso, sem viceromegalias.
- T.C. S: Não edema.
- Sistema nervoso: Não sinais meníngeos.
- Pulsos periféricos: Presentes e sincrônicos.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. Cefaleia para estudo.
2. Tabagismo.
3. Sobrepeso.

CONDUTA:

1. Mudanças de estilo de vida:

- Redução de peso.
- Iniciar exercícios físicos.
- Abandonar o cigarro.
- Reduzir o consumo de sal.
- Reduzir o consumo de álcool.
- Reduzir o consumo de gordura saturada.
- Aumentar o consumo de frutas e vegetais.

2. Exames laboratoriais:

- Hematócrito e hemoglobina.
- Glicemia.
- Colesterol total.
- Triglicerídeos.
- Creatinina.
- Ureia.

- Exame de urina.
- Outros: Eletrocardiograma de repouso e Radiografia de tórax.

3. Medida domiciliar da pressão arterial, feita por o agente comunitário (controle diário da pressão arterial).

Neste caso é muito importante determinar se a dor de cabeça é causada por a elevação da pressão arterial, ou a elevação da pressão é causada por a dor de cabeça.

Lembrar que situações de ansiedade, dores na cabeça e em outras partes do corpo, dias frios, após brigas e discussões, e durante consultas médicas (síndrome do avental branco) podem elevar a pressão arterial em pessoas com pressão arterial ideal.

4. Medicação: Dipirona (500mg/ml) 1ampola IM e aguardar para avaliar evolução da dor.

5. Reconsulta após 7 dias para avaliar os resultados dos exames laboratoriais e o controle da pressão arterial.

RETORNO:

(Segunda consulta)

Paciente que refere sentir-se um pouco melhor. Mais refere um pouco de preocupação por conta de que tem muito medo de sofrer da pressão alta. Neste momento não apresenta dor de cabeça.

Sinais vitais:

Temperatura: 36,5 °C.

PA: 130x85 mmHg.

FC: 81 bpm

FR: 19 rpm

Medidas antropométricas:

Peso: 82 Kg

Altura: 1.73 cm

IMC: 27.3 (sobrepeso)

EXAME FÍSICO: Nenhuma alteração significativa.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Hemoglobina: 14,5 g/dl
- Hematócrito: 42%
- Glicemia: 83 mg/dl
- Colesterol: 257 mg/dl
- Triglicerídeos: 183 mg/dl
- Uréia: 12 mg/dl
- Creatinina: 0.9 mg/dl
- Exame de urina: Negativo.
- Radiografia de tórax: não feita por falta de material.
- ECG: laudo: Ritmo sinusal.
FC: 82 bpm.
Intervalos PR e QT normais.
Eixo normal.
Não alterações do segmento ST.

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL:

De acordo com as medições da pressão arterial feitas por o agente comunitário mais dos 70% delas apresento uma pressão arterial ideal o perto da mesma. Então chegamos à conclusão que o paciente não é hipertenso, mas apresenta um grande risco de desenvolver hipertensão arterial.

INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES:

Este paciente apresenta valores elevados de colesterol e de os triglicerídeos.

HD:

Hiperlipidêmica mista.

CONDUTA:

1. Mudança do estilo de vida, sobre tudo na alimentação, já prescrito na primeira consulta.
2. Tratamento farmacológico da hiperlipidêmica com Sinvastatina (20mg) um comprimido ao dia (pela noite, depois das 9 horas). Por um mês.
3. Orientações gerais sobre os resultados dos exames, os riscos que representa para sua saúde, a importância de cumprir com todas as orientações.
4. Retorno dentro de um mês para avaliar seu estado geral, seu estado nutricional e solicitar novos exames complementares.
5. Controle da sua pressão arterial de 6 em 6 meses, já que tratasse de um paciente que apresenta grande risco de sofrer hipertensão arterial, já que apresenta muitos fatores de risco.
6. Notificação dos resultados a o agente comunitário para que tenha um melhor seguimento na área do paciente e verificar o cumprimento tanto do tratamento não farmacológico como o farmacológico.

3- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Meu posto de trabalho é a UBS São João, localizada em uma zona urbana do município São Paulo de Olivença do estado Amazonas, onde a equipe composta por um médico, uma enfermeira, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde (ACS), onde se realizam visitas periódicas as diferentes áreas de abrangência, e fazemos atendimentos e atividades de prevenção, promoção e educação em saúde em condições precárias.

Não possuímos equipe de saúde bucal fixa, temos equipe de saúde bucal em outra UBS e trabalhamos em conjunto com atenção diferenciada a Gestantes, crianças e Idosos. Nossa área de trabalho tem uma população estimada de 1928 habitantes divididas em 593 famílias. A taça maior de emprego e a pesca, agricultura e comercio de varejo com predomínio da população carente sem acesso a recursos hídricos, saneamento básico e que dependem dos benefícios do Programa Bolsa de Família e aposentadoria. Todo isso dificulta as labores de prevenção, promoção e educação, já que tratasse de uma população que tem muito baixo nível educacional.

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se da por meio da incorporação de condutas acolhedoras e do fácil aceso a serviços de saúde de qualidade com ações que integram todos os níveis de atenção, promoção, prevenção e assistência em saúde da gestante e do recém-nascido.

A consulta de pré-natal tem como objetivo prover a gestante de estratégias de cuidado preventivo e curativo durante o período pé-concepcional, gestacional e também o puerpério. É um conjunto de práticas e protocolos integrados que visa à manutenção e aprimoramento da saúde física mental e social da gestante com a redução de riscos de patologias gestacionais além de colaborar para o desenvolvimento de um feto saudável (BRASIL, 2012).

Em nosso trabalho diário podemos reconhecer que as pacientes gravidas não tem conhecimento dos fatores de risco da gestação assim como seus métodos de planejamento familiar, a maioria são gestantes adolescentes e mães com mais de uma criança por o que a maioria delas não expressa desejo de engravidar, e nas consultas pré-natais poucas gestantes relatam que a gravidez foi planejada e desejada.

Nossa equipe de saúde identificou-se a necessidade de fornecer o conhecimento da atenção pré-natal e planejamento familiar e dessa forma dialogar com o pessoal de saúde ressaltando a importância do conhecimento dos fatores de risco para a gestação, importância de métodos contraceptivos e temas como a saúde sexual e reprodutiva.

Nos em as visitas á comunidade falamos sobre a importância do tema pré-natal com as gestantes, parceiros das gestantes e familiares, orientando a importância de assistir a consulta planejada por médico e enfermeira, mediante os ACS conhecemos as gestantes e puérperas que precisam de visita domiciliar.

Em nosso município não temos serviço de ginecologia e obstetrícia por o que nos temos que seguir a gestante ate o termino da gestação.

Além do problema do planejamento familiar outro tema de muita importância e que as puérperas têm pouco conhecimento do aleitamento materno exclusivo resultando em desmame precoce dos lactentes e com ele desnutrição, alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais.

Com a Identificação destes problemas, idealizamos usar a sala de espera como cenário oportuno para trabalhar ações de promoção e prevenção de saúde. Oferecemos palestras e conversas com as gestantes relacionadas com o aleitamento materno em quase todas as consultas, logrando a participação delas, além disso, a troca de experiências entre elas sobre a importância deste tema e a forma correta de amamentação, também temas da saúde da gestante e recém-nascido.

A promoção do aleitamento materno exclusivo e um tema de muita importância para a mulher mãe e seu bebe, a mulher se prepara para amamentar ao mesmo tempo em que ela se prepara para a maternidade.

A mulher gestante tem que buscar informações com outras mulheres, com profissionais especializados em aleitamento materno.

A amamentação e muito influenciada pela condição emocional da mulher e pela sociedade em que ela vive. Por isso precisa do apoio do companheiro de vida, da família, de pessoal de saúde e de toda a sociedade.

O pessoal de saúde tem que orientar a mãe gestante a importância de aleitamento materno, a leite materno e a alimentação ideal para todas as crianças, e um alimento de fácil e rápida digestão, completamente assimilado pelo organismo infantil, e considerado um alimento completo e suficiente para garantir o crescimento e desenvolvimento do bebe, e considerada a primeira vacina do bebe, esta livre de contaminação.

Dessa forma, os profissionais de saúde, especialmente nos, da atenção básica, que temos um maior contato com os usuários do serviço, exercemos importante papel no processo de educação da nutriz quanto à importância do aleitamento materno por meio de ações de promoção e manejo das dificuldades em amamentação, assim, a educação em saúde é a estratégia

mais eficiente para estimular e manter o aleitamento materno, promovendo todos os benefícios previamente citados.



4- VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO.

O cuidado domiciliar á 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 objetivo 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).

Na UBS São João, onde eu estou inserido, anteriormente quase a equipe não fazia as atividades de visita domiciliar, já que não existia na estrutura da UBS um planejamento para o desenvolvimento das mesmas. Agora faz mais de um ano que nós junto com a enfermeira e os agentes comunitários de saúde fizemos um levantamento em quase toda a comunidade de abrangência para determinar os pacientes que mais necessitam de nosso serviço em sua vivenda.

Agora temos determinado os diferentes grupos de doenças que mais precisam de nosso serviço e os temos agendado com o dia marcado na semana para efetuar a visita domiciliar, e assim melhorar o seguimento deles, além disso, todo paciente que precise do atendimento na vivenda por que sua condição de saúde o limitação física o impossibilita de se apresentar no posto de saúde e agendado com a secretaria e, é feita a visita domiciliar.

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelecem diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar

cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde–doença da família, influenciando as formas de cuidar (BRASILIA, 2012)

A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados (BRASILIA, 2012).

Nossa equipe de saúde sempre faz muito ênfases em os objetivos de a visita domiciliar, para assim cada dia melhorar o atendimento dos pacientes domiciliados, da sua família como um todo e a comunidade em geral.

1. Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
2. Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa.
3. Identificar fatores de risco individuais e familiares.
4. Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
5. Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
6. Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
7. Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.

8. Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
9. Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
10. Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
11. Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

A maior dificuldade encontrada em nossa área de abrangência, na visita domiciliar é que muitos dos pacientes precisam de atendimento por uma segunda especialidade, falo de oftalmologista, dermatologista, traumatologista, etc. Aca no município não tem nenhuma dessas especialidades, e temos que fazer o encaminhamento para avaliação especializada em a capital do estado, Manaus.

Lembrar que o município São Paulo de Olivença encontrasse no alto do rio Solimões, eu diria no meio do rio Solimões, o que dificulta muito o traslado dos pacientes encaminhados para sua avaliação, muitos pacientes não procura o atendimento, o na visita familiar, não falam de muitos problemas de saúde que apresentam por conta disso mesmo, sabem que no município não temos essas especialidades e que para sua avaliação devem ser encaminhados para Manaus, e por a dificuldade do traslado que só é por via fluvial não planteiam muitas de suas necessidades o por conta do dinheiro já que a perca pita familiar pelo geral, é muito baixa.

Agora a gestão está trabalhando em conjunto para melhorar todas essas inconveniências encontradas nas visitas, conjunto com a assistência social para garantir a passagem dos pacientes encaminhados e seus acompanhantes. Assim como sua diária.

17 Além disso, já temos na secretaria de saúde a tele saúde. A pesar que a internet não seja muito boa, já temos feitas algumas consultas com especialistas em Manaus, e assim ter uma melhor avaliação, diagnóstico e

tratamentos de os pacientes que o precisam e assim diminuir um pouco o número de encaminhamentos no município.

A pesar de todos os inconvenientes e a geografia do município que também dificulta um pouco a realização da visita domiciliar a equipe a logrado melhorar em quanto á quantidade de famílias visitadas, além de melhorar na qualidade das mesmas, e todo isso se vê reflexado em a satisfação da população que assim o demostra e reconhece hoje em dia nosso trabalho.

5-REFLEXÃO CONCLUSIVA

A atenção básica de saúde é o primeiro nível de atenção em saúde, caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

A população rural é uma população de muitos anseios, pois o seu acesso, às vezes, é dificultado pela distancia e por meios de transporte escassos, realizar a atenção adequada a essa população é dar lhes maior acesso e informações aos serviços de saúde, e também a garantia do direito a saúde e valorização da pessoa humana.

Para que todas as ações de saúde desenvolvidas alcancem o objetivo esperado a equipe deve estar coesa e comprometida. Uma equipe que planeja e desenvolve suas ações pautadas com dados levantados podem colaborar com a ampliação do acesso as unidades de saúde e para a estruturação do método de trabalho, em resposta as necessidades da população.

Acredito que o trabalho feito na minha UBS com a experiência adquirida durante o desenvolvimento do curso de especialização contribuirá para o desenvolvimento harmônico das ações de prevenção de doenças, de promoção da saúde, além das atividades curativas e de reabilitação, proporcionando um atendimento específico, diferenciado e eficaz para todos os usuários da UBS, tanto no município como em outros serviços de saúde, e assim contribuir para a formação e capacitação da futura geração de médicos que trabalharam nesta UBS, já que a maior parte do trabalho e planejamento esta feito, só dar continuidade a ele para garantir e manter a qualidade do serviço.

Criticas não tenho sobre o curso de especialização, tudo o contrario muito bem organizado em geral, os tutores bem preparados e muito profissionais, só algumas sugestões que eu acedido que são importantes, e é relacionado com os médicos que encontrasse lotados no interior do país onde a realidade é

muito diferente dos médicos que encontrasse nas grandes cidades, é só ter consideração em quanto à data de envio dos arquivos que muitas vezes tornasse um pouco difícil para o cumprimento delas por muitos fatores principalmente a internet, além disso, ter consideração com os médicos estrangeiros que não temos o domínio pleno do idioma, já que é impossível dominar um idioma a perfeição em muito pouco tempo, além disso, em nosso país quase todos os estudos são realizados de forma presencial, e não temos a experiência de fazer estudos a distancia.

Para concluir eu posso dizer que depois de os estudos no curso de especialização em saúde da família e a realização de o trabalho de culminação do curso, apesar de apresentarei algumas dificuldades para a realização do mesmo por conta da internet, sinto-me muito mais preparado como profissional para assim brindar um melhor serviço de qualidade a população que tanto o precisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prática do programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
2. CECCIM, R. MACHADO, Contato domiciliar em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal Do Rio Grande do Sul, 1995.
3. LIMA, A. N. de; SILVA, L.; BOUSSO. R. S. A. Visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. Saúde Soc. [online]. V. 19, n.4, p. 889-897, 2010.
4. Star Field B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, ministério da saúde; 2002.
5. Medicina Ambulatorial: conduta de atenção primaria baseada em evidencias. 4. ed . Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 288-296.
6. Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.
7. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar
8. processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.
9. Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS



PROJETO DE INTERVENÇÃO

NOME: YEIDER RODRIGUEZ BELTRAN.

TITULO: PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS EM A POPULAÇÃO MAIOR DE 30 ANOS.

RESUMO

No cenário atual a hipertensão arterial é apontada como um dos principais fatores de risco modificável para doenças cardiovasculares com este trabalho tem como objetivo analisar a prevalência de esta doença e seus fatores de risco associados em adultos de 30 anos ou mais pertencentes á UBS São João, no município São Paulo de Olivença, estado Amazona. Para o desarrollo do mesmo se realizaram entrevistas domiciliares em indivíduos de 30 anos ou mais seguidas de medidas de pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, além do preenchimento dos formulários, logo todos os dados serão digitados duas vezes em um banco de dados criado no programa MICROSOFT EXCEL 2010. Serão conferidos em momentos distintos para a verificação de inconsistências por meio de consulta aos formulários da pesquisa. Como resultado determinar qual é a prevalência da hipertensão arterial no município são Paulo de Olivença no interior do estado Amazonas. Assim como determinar seus fatores de risco associados para assim ter uma ferramenta para o melhor tratamento e a modificação dos fatores de risco.

SUMARIO

1. Introdução	4
2. Justificativa	6
3. Objetivos	7
4. Metodologia	8
5. Cronograma	13
6. Recursos necessários	14
7. Resultados esperados	15
8. Referências bibliográficas	16
9. Anexos	18

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença crónica determinada por elevados níveis pressóricos nas artérias, o que faz com que o coração exerça maior esforço do que o necessário para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica). A pressão normal em repouso situa-se entre os 100 e 140 mmhg para a sistólica e entre 60 e 90 mmhg para a diastólica.

É um dos principais factores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crónica e insuficiência cardíaca. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida. Segundo a *American Heart Association* é a doença crónica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto económico e social.

A hipertensão arterial destaca-se também como um dos principais factores de risco modificáveis que pode levar ao desenvolvimento e/ou agravamento de doenças cardiovasculares.

Estudos internacionais apontam uma prevalência de 29,4% na população adulta no ano 2013 e estimam que este valor aumente cerca de 60% até 2025.

No Brasil a prevalência de hipertensão arterial assume valores elevados, variando entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros a prevalência é de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante á outros países.

Dessa forma, observamos que a hipertensão arterial é um problema mundial, e à medida que passam os anos sua prevalência vá aumentando cada dia mais, nosso município tem um risco incrementado para sofrer desta doença e o nosso papel é contribuir para uma melhor percepção do problema e uma maior conscientização dos riscos. Entretanto medidas podem ser desenvolvidas para tentar ao menos amenizar o surgimento de novos casos mediante a identificação dos fatores de risco.

A identificação de fatores de risco para a hipertensão vem colaborando para o aprimoramento e avanço de ações de prevenção e controle de doenças cardiovasculares, além de contribuir para o redirecionamento de medidas relacionadas à terapia medicamentosa e não medicamentosa.

Com este estudo se pretende determinar qual é a prevalência da hipertensão arterial no município São Paulo de Olivença no interior do estado Amazonas. Assim como determinar seus fatores de risco associados para assim ter uma ferramenta para o melhor tratamento e a modificação dos fatores de risco.

JUSTIFICATIVA

Foi escolhido este tema sobre Hipertensos maiores de 30 anos e seus fatores de risco associados, já que a cobertura esta muito baixa, além disso, os indicadores de qualidade são muito baixos, como a baixa realização do exame clinico, de exames laboratoriais, a baixa estratificação de risco cardiovascular.

A intervenção proposta para nossa população da área de abrangência será de muita importância para melhorar os indicadores de saúde de nossa população.

OBJETIVOS

- **OBJETIVO GERAL**

1. Analisar a prevalência de hipertensão arterial e seus fatores de risco associados em a população maior de 30 anos na UBS São João, no município São Paulo de Olivença, estado Amazonas.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Estimar a prevalência de hipertensão arterial em indivíduos maiores de 30 anos na UBS São João, no município São Paulo de Olivença, estado Amazonas.
2. Identificar os fatores de risco associados à hipertensão arterial
3. Caracterizar os indivíduos hipertensos de acordo com o sexo, quanto as variáveis socioeconômicas e demográficas, de hábitos de vida, de utilização dos serviços de saúde e de condição de saúde.

METODOLOGIA

- **TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal de base populacional que será realizado no período de janeiro a agosto de 2017.

- **LOCAL DE ESTUDO**

O estudo será realizado UBS São João, no município de São Paulo de Olivença, município brasileiro do interior do estado do Amazonas, região norte do país. Pertencente à microrregião do Alto Solimões. A população estimada do município era de 37.300 habitantes no ano 2016 (IBGE/ 2016).

O município possui 9 Unidades Básicas de Saúde, sendo uma delas uma UBS fluvial, serviço de atendimento móvel de urgência e atendimento hospitalar (Secretaria municipal de saúde/2016).

- **POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população de estudo será constituída por residentes pertencentes à área de abrangência da UBS São João com idade igual ou superior a 30 anos, de acordo com os pacientes cadastrados no programa HIPERDIA.

- **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Serão incluídos no estudo todos os indivíduos hipertensos de 30 anos ou mais, residentes na área de abrangência da UBS de São João cadastrados no programa HIPERDIA.

- **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Serão excluídos da pesquisa indivíduos sem plenas condições de raciocínio, com incapacidade auditiva ou de comunicação quando não estejam acompanhados de um cuidador que pudesse auxiliá-lo na entrevista. Indivíduos

que após três visitas em horários distintos não sejam encontrados em seu domicílio também serão automaticamente excluídos. Também serão excluídos os pacientes que não encontrem cadastrados na UBS.

A coleta de dados será realizada por meio da utilização de um formulário com questões divididas nos seguintes blocos: variáveis de caracterização, variáveis de hábitos de vida, utilização de serviços de saúde, condições de saúde, tratamento medicamentoso e medidas antropométricas.

A entrevista só será iniciada depois de explicado os objetivos do estudo e da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após todos os esclarecimentos relacionados à pesquisa o participante será conduzido a um local adequado para que possa se sentir a vontade para a entrevista.

- **VARIAVEIS DO ESTUDO**

1-Demográficas e socioeconômicas:

➤ **Idade:** considerada em anos de vida.

- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos
- 60 a 69 anos
- 70 anos ou mais

➤ **Sexo:**

- Masculino
- Feminino

➤ **Estado civil:**

- Com parceiro (a)
- Sem parceiro (a)

- Cor/Raça:
 - Branca
 - Preta/Parda
 - Outras

- Grau de escolaridade: por a quantidade de anos completos estudados.
 - 0 a 3 anos
 - 4 anos ou mais

- Classe econômica:
 - Classe A e B
 - Classe C
 - Classe D e E

2-Variáveis de hábitos de vida:

- Habito de fumar:
 - Sim
 - Não

- Consumo excessivo de álcool:

- Sim
- Não
- Pratica de exercício físico:
 - Pratica exercício físico
 - Não pratica exercício físico

3-Variáveis de utilização dos serviços de saúde:

- Visita do agente comunitário de saúde:
 - Sim (1 ou mais visitas por mês)
 - Não (nenhuma visita por mês)
- Consulta medica nos últimos 12 meses:
 - Sim (1 ou mais)
 - Não (nenhuma)

4-Variáveis de condição de saúde:

- Obesidade:
 - Sim
 - Não
- Diabete mellitus:
 - Sim
 - Não

- **PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS:**

Os dados serão digitados duas vezes em um banco de dados criado no programa MICROSOFT EXCEL 2010. Serão conferidos em momentos distintos para a verificação de inconsistências por meio de consulta aos formulários da pesquisa.

A análise do desfecho será realizada em duas etapas, sendo a primeira análise descritiva dos dados, seguida associação dos desfechos com as variáveis.

CRONOGRAMA

Ações	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Júlio	Agosto
Apresentação de proposta á equipe de saúde.	X							
Organização do material para a execução do projeto.	X							
Organizar os critérios de inclusão e exclusão de os pacientes hipertensos.		X	X					
Realizar a coleta de dados com os ACS.				X				
Execução do plano de intervenção.					X	X		
Análise dos resultados.							X	
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho								X

RECURSOS NECESARIOS

- **Recursos Humanos:**

- ❖ Equipe de saúde da família composto por 9 agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 1 técnico de saúde bucal.

- **Recursos Materiais:**

1. Computadores.
2. Folha A4.
3. Canetas.
4. Impressoras.
5. Cadernos de atenção básica (Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica). Hipertensão arterial sistêmica.
6. Ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.

RESULTADOS ESPERADOS

Com este estudo se pretende determinar qual é a prevalência da hipertensão arterial na UBS São João, no município São Paulo de Olivença no interior do estado Amazonas. Assim como determinar seus fatores de risco associados para assim ter uma ferramenta para o melhor tratamento e a modificação dos fatores de risco.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Hipertensão arterial. 2. Pressão arterial. 3. Promoção à saúde. I. Título.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. Journal of the American College of Cardiology, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: El asesino silencioso
<https://sites.google.com/a/uabc.edu.mx/hipertension-arterial/bibliografia>

Fisiopatología de la Hipertensión Arterial - Infomed
www.sld.cu/libros/hiperten/referencias.html

HARRISON: PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (2 VOLS.) (16ª ED ...
<https://www.casadellibro.com/...harrison-principios-de-medicina-interna...ed/.../10442...>

Libros de Medicina PDF Gratis: Hipertensión arterial
librosgratisdemedicinapdf.blogspot.com/2016/03/hipertension-arterial.html

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. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

ISBN 978-85-334-2058-8

[PDF]HIPERTENSIÓN ARTERIAL
www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../htaurg.pdf

High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA, [S.l.], v. 289, p. 2560-2572, dez. 2003.

Estrategia educativa para la prevención de la Hipertensión arterial ...
www.monografias.com › Salud

[PDF]hipertensión arterial: factores de riesgo - Biblioteca UCM
biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf

[PDF]Dietoterapia - PAHO
www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view...sluq...

Manual de Hipertensión Arterial - Sociedad Española de Cardiología
secardiologia.es/publicaciones/catalogo/libros/2561-manual-hipertension-arterial

ANEXOS.

APÊNDICE I

PRIMEIRO FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS (PRIMEIRO ENCONTRO)

Data da entrevista: ___/___/___

1-IDENTIFICAÇÃO:

Gênero: () MASCULINO () FEMININO

1.1-FAIXA ETÁRIA

- () 30 a 39 anos
- () 40 a 59 anos
- () 60 a 69 anos
- () 70 anos ou mais

2- DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS:

2.1-QUAL O SEU ESTADO CIVIL?

- () Com parceiro (a)
- () Sem parceiro (a)

2.2-SEU COR/RACA É?

- () Branca
- () Preta/Parda
- () Outras

2.3-GRAU DE ESCOLARIDADE (Por a quantidade de anos completos estudados).

- () 0 a 3 anos de estudo
- () 4 ou mais anos de estudo

3- SAÚDE E ESTILO DE VIDA:

3.1-O (a) Sr (a) FUMA OU JÁ FUMOU?

- Fumante
- Ex-fumante menor de 6 meses
- Ex-fumante mais de 6 meses
- Nunca fumou

3.2-COSTUMA TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS?

- Diariamente
- 1 a 2 vezes/semana
- 3 a 6 vezes/semana
- Nunca bebe
- Eventualmente

3.3-SUA PRESSÃO ARTERIAL ESTA CONTROLADA?

- Sim
- Não

3.4-FAZ ATIVIDADE FÍSICA REGULAR?

- Sim
- Não

3.5-FAZ ALGUMA DIETA OU TOMA CUIDADO COM A ALIMENTAÇÃO?

(Pode marcar uma ou mais alternativas).

Se sim qual? Não

- Dieta Hipocalórica;
- Restrição de sal;
- Restrição de açúcar;
- Restrição gorduras;

5-ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

5.1 FAZ CONTROLE PRESSÓRICO?

- () Sim
- () Não

5.2-FREQUENTA O POSTO DE SAUDE PARA SABER COMO ESTA SUA SAÚDE?

- () Sim
- () Não

5.3-TEM FEITA CONSULTA MEDICA NOS ULTIMOS 12 MESES?

- () Sim (1 ou mais consultas)
- () Não (nenhuma consulta)

5.4- SEU AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE FEZ VISITA?

- () Sim (1 ou mais visitas por mês)
- () Não (nenhuma visita por mês)

APÊNDICE II

SEGUNDO FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS (SEGUNDO ENCONTRO)

Data da entrevista: ___/___/___

1- IDENTIFICAÇÃO:

Gênero: () MASCULINO () FEMININO

2-SAÚDE E ESTILO DE VIDA:

2.2-Como esta seu hábito de fumar?

- () Continua a mesma coisa
- () Aumentou a frequência
- () Diminuiu a frequência
- () Parou de fumar
- () Não fuma

2.3-Esta fazendo controle pressórico?

- () Sim
- () Não

2.4-Continua tomando bebidas alcoólicas?

- () Sim
- () Não
- () Não bebe

2.5-Esta realizando atividades físicas?

- () Sim
- () Não

2.6-Esta fazendo alguma dieta?

Com a alimentação? (Pode marcar 1 ou mais alternativas.)

- () Dieta Hipocalórica;

- () Restrição de sal;
- () Restrição de açúcar;
- () Restrição gorduras;
- () Não tem cuidado com alimentação

4-ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

4.4-Tem frequentado mais o posto de saúde?

- () Sim
- () Não

