

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

Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 15

Yanelis Orue Bonne

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA ESF CAPÃO BONITO DO SUL/RS

Porto Alegre
2018
Yanelis Orue Bonne

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA ESF CAPÃO BONITO DO SUL/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

Orientador: Prof. Luiz Farias de Lima Neto.

PORTO ALEGRE

2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO.....	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	08
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	15
4 ABORDAGEM INTEGRAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR	21
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	27
6 REFERÊNCIAS.....	29
7 ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	32

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Yanelis Orue Bonne, tenho 36 anos de idade, médica de profissão, graduada no ano 2005 da Faculdade de Ciências Médicas de Santiago de Cuba, com especialização em medicina comunitária também da Faculdade de Ciências Médicas de Santiago de Cuba. Nacionalidade cubana, incorporada ao Programa Mais Médico para o Brasil. Trabalho no município Capão Bonito do Sul, na ESF Capão Bonito do Sul, há um ano. O clima predominante na cidade é frio por isso é muito frequente encontrar nas consultas infecções respiratórias agudas.

O município de Capão Bonito do Sul se encontra situado na região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, nos campos do Topo da Serra, fazendo divisa ao Norte com o município de Esmeralda, ao Sul e ao Oeste com Lagoa Vermelha e a Leste com Muitos Capões. É um município que se destaca na região no setor primário, contando com uma agricultura pujante, dentre as quais plantações de soja, milho, trigo, feijão, canola e outras. A plantação de erva, também tem destaque. A bacia leiteira, bem como a ovinocultura, também já conquistou seu lugar de honra na região. O maior por cento da população mora em zona rural 1255 para um 70,8%, as principais fontes de ganhos são obtidas através da atividade agropecuária. Fator este que favorece o número de pacientes com doenças musculoesqueléticas e intoxicação por agrotóxicos. A empresa que gera mais empregos é a prefeitura.

É um município jovem fundado no ano 1996 a maioria das estradas não estão asfaltadas. Conta com poucos e pequenos comércios. Cidade pequena e tranquila com baixo índice de violência. O lazer também se torna escasso, contando com as festas tradicionais, Feira de ovinos uma vez por ano, rodeio uma vez por ano, e campeonato esportivo, sendo o esporte o lazer mais relevante neste último ano com um incremento considerável de participação popular, ajudando o exercício físico ao bem estar físico e mental.

O município tem uma população de 1772 habitantes, com uma unidade de saúde, e uma equipe de saúde. Não conta com hospital para dar atenção aos usuários; estes são encaminhados ao município de Lagoa Vermelha conveniado na rede de atenção.

Da situação da ESF começou a funcionar no ano de 2004. Posso dizer que as consultas são oferecidas para uma população de 1772 habitantes que pertencem a 4 micro áreas que integram a comunidade, predomina o sexo feminino e a faixa etária de 15-59 anos. Os horários de trabalho estabelecidos são das 08h00min até 12h00min da manhã e de tarde das 13h00min até as 17h00min; contamos com o E-SUS ferramenta importante que facilita indiscutivelmente a coordenação dos atendimentos o fluxo de informações entre os profissionais. Temos os dias definidos de consultas para cada grupo específico, para visitas domiciliar, e demanda espontânea.

Estruturalmente a ESF está formada pela recepção, sala de espera, sala de vacinas, um consultório odontológico, dois consultórios médicos, um consultório para consulta de psicologia e fonoaudiologia, uma farmácia, três sanitários, uma sala de esterilização, uma lavanderia, uma cozinha, e uma sala de procedimentos, a sala de curativos e procedimentos de enfermagem se encontram no mesmo espaço violando protocolos estabelecidos para a atenção de enfermagem.

O acesso à unidade de saúde acontece sem problemas para todo tipo de usuários fundamentalmente para idosos, pessoas com dificuldades de locomoção e cadeirantes, já que não existem barreiras arquitetônicas que dificultem a entrada na unidade. A equipe de trabalho é integrada por dois médicos clínicos gerais, um dentista, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, uma farmacêutica, seis motoristas, um vigilante sanitário, uma recepcionista, quatro agentes de saúde e uma auxiliar de serviços gerais.

Existe boa relação entre a equipe de saúde e as maiorias das condições estão criadas para poder realizar um bom trabalho, as reuniões da equipe fortalece esta interação entre os membros e permite planificar ações de saúde. Contamos com especialistas do NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família), que são psicologia, nutricionista, pediatria, ginecologia e obstetrícia, fisioterapia. O resto das consultas estabelecidas para outros especialistas são realizadas mediante outro tipo de contrato com outras cidades. O com apoio da secretaria de saúde e o trabalho compartilhado, o CRAS também contribuem no desempenho laboral. E como nem tudo é positivo, acredito que falta mais inserção do conselho de saúde nas ações de

saúde e mais interação com a equipe de saúde para juntos poder planejar todas as atividades de promoção e prevenção de saúde em cada um dos bairros.

Não contamos com laboratório no município, em convenio com o município de Lagoa Vermelha e Barracão temos este serviço só uma vez por semana; razão pela qual ficam demorados os resultados dos mesmos. Ainda quando a aplicação do método clínico epidemiológico é fundamental em cada consulta isto não deixa de ser importante. Para consultar com algumas especialidades em outros municípios os usuários muitas vezes esperam até 6 meses para receber uma consulta, algo que realmente dificulta todo o processo saúde-doença. E dificuldade com abastecimento de insumos entre medicamentos, problema já abordado em várias reuniões de equipe.

As enfermidades mais frequentes em consulta são: HAS, Diabetes Mellitus, infecções respiratórias agudas, doenças musculoesqueléticas, Asma brônquica, obesidade, hiperlipidêmicas, transtornos depressivos.

A ESF tem vínculo com os centros de ensino fundamental e médio (duas escolas) e uma creche. Onde realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde sobre temas como gravidez na adolescência, dengue, saúde bucal e alimentação saudável.

Temos número suficiente de agentes de saúde, para chegar a cada um dos bairros, algo que até agora estamos conseguindo, ainda existem muitas deficiências para solucionar no trabalho, por exemplo, se faz necessário terminar o mapeamento das 4 micro áreas, cadastrando 100 % da população, atividade fundamental para uma boa organização e planejamento do trabalho, além disso, é importante manter sempre atualizado esse cadastro. Atualmente trabalhamos os grupos de Hipertensão Arterial e tabagismo, realizado uma vez por mês.

Refletindo sobre a atenção à saúde no programa de HAS, ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Existe um total de 533 hipertensos cadastrados na unidade que representa um 30,07%, coincidindo os dados com a literatura estudada, por exemplo, que dá como prevalência da hipertensão na população adulta de 20 a 40 %, dependendo da região estudada. Existem atualmente 167 usuários acompanhados que representam 31,3% respectivamente, e

avaliação de saúde bucal baixa cobertura. Com relação aos hipertensos acompanhados só 72 pacientes que representa um 43,1% apresenta estratificação de risco cardiovascular. Sendo estes os motivos de traçar como proposito melhorar a qualidade da atenção a hipertensos, ampliar a cobertura a hipertensos da área de abrangência, realizar exame clínico apropriado, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico, melhorar a adesão ao tratamento, mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular, e realizar ações de promoção e prevenção à saúde.

E por isso acredito na importância do trabalho com indicadores de saúde, programar consultas para os diferentes grupos de modo a diminuir os atrasos existentes; que são em quantia considerável, embora permita visualizar e traçar estratégias de trabalho. Aprofundar o trabalho com os grupos de riscos, realizando atividades de promoção e prevenção de saúde. O complemento da equipe de saúde, incluindo os agentes de saúde para chegar a todos, porque a maioria de nossos usuários moram em zona rural e distante da sede. Assim melhorar a atenção ao usuário e incorporando-os ao acompanhamento e participação no grupo não só de hipertensão, também aos outros programas. Acredito que podemos obter melhores resultados se a equipe reorganizar a estratégia de trabalho.

2 ESTUDO DE CASO CLINICO

Nome: C. J. C.

Idade: 59 anos

Sexo: masculino

Escolaridade: ensino médio completo

Religião: evangélico

Estado civil: casado

Profissão: desempregado

Naturalidade: Caxias do Sul/ RS

Residência atual: Capão Bonito do Sul, Bairro Centro – RS.

Queixa principal: zumbido de ouvido.

1ª consulta médica (04/09/2017):

História da doença atual: paciente relata ouvir zumbido no ouvido a cerca de uma semana, fato este que acontece com maior frequência a noite, refere que não apresentava estes sintomas anteriormente, nega outros sintomas acompanhantes e refere escuta normal quando não está zumbindo o ouvido. Refere antecedentes de hipertensão, colesterol e triglicerídeos altos, porém não toma os remédios regularmente.

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: nega febre, nega outros sintomas.

Cabeça e pescoço: nega dor no ouvido, nega cefaleia, refere zumbido do ouvido, nega outras queixas.

Tórax: nega sintomas respiratórios.

Abdome: nega sintomas.

Sistema geniturinário: nega sintomas.

Sistema endócrino: nega alterações.

Sistema osteomioarticular: sem alterações.

Sistema nervoso: nega tonturas, nega paresia facial, nega agitação, nega insônia, nega outras queixas.

Antecedentes pessoais:

Fisiológicos: Nascido de parto normal, no domicílio, peso ao nascer desconhece.

Patológicos:

Doenças da infância: meningite.

Cirurgia: fratura exposta da tíbia, da perna direita, faz 27 anos (queda de cavalo)

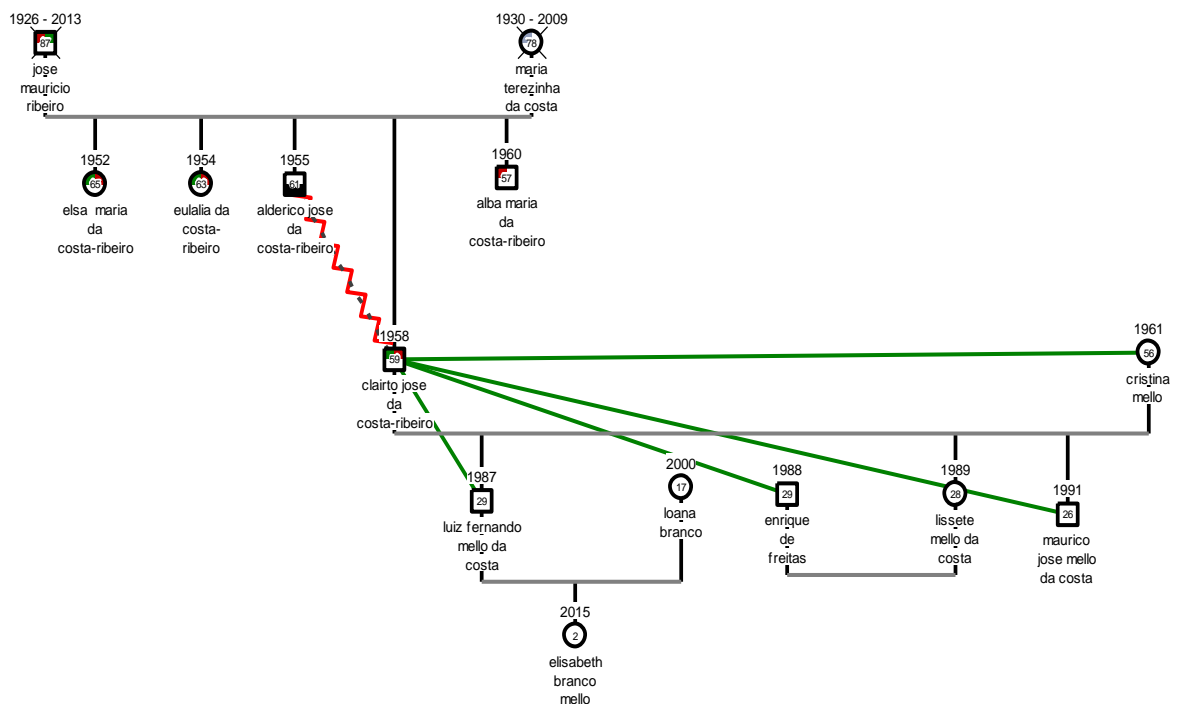
Hipertensão arterial, Hiperlipidemia,

Medicamentos em uso: Enalapril e Hidroclotiazida faz uso a 9 anos, sinvastatina faz uso recente. Tratamento feito de forma irregular.

História familiar: Pai, hipertensão arterial, falecido faz 6 anos.

Genograma:

(Nomes fictícios)



Condições de vida:

Alimentação: tem preferência por consumir carne gordurosa e carboidratos, consumindo poucas frutas e vegetais.

Habitação: mora com esposa e filho mais novo, solteiro. Habita em casa de madeira, cobertura de zinco, com 2 quartos, 1 banheiro, 1 sala, 1 cozinha, água encanada e rede elétrica, possui fossa séptica.

História ocupacional: trabalhou por mais de 25 anos como caseiro em fazendas da região e a 4 anos trabalha como jardineiro da prefeitura.

Atividades físicas: não realiza.

Vícios: foi tabagista, fazendo 8 anos que deixou de fumar, nega alcoolismo, nega fumar, nega outras drogas.

Condições socioeconômicas: a renda familiar é de um salário mínimo.

Vida conjugal e ajustamento familiar: casado e com boas relações com seus dois filhos.

Exame físico:

Somatoscopia: paciente com bom estado geral, com facie e marcha não característica de processo patológico, orientado em tempo, espaço e pessoa, fala e linguagem típica, hidratado, anictérico, acianótico.

Sinais vitais:

Temperatura: 36,2 °C.

Pa: 170/100 mmhg.

Fc: 89 bpm.

Fr: 17 irpm.

Medidas antropométricas:

Peso: 83 kg

Altura 1;62 cm

Estado nutricional: índice de massa corporal= 31,67m²sc, obesidade grau I.

Cabeça e pescoço: simétricos, sem deformidades, não apresenta adenomegalias palpáveis, tireoide de tamanho, consistência e mobilidade conservados, orofaringe sem sinais inflamatórios, ausculta das artérias carótidas sem sopros, não aparenta turgência jugular.

Tórax:

Inspeção; tórax típico, simétrico, respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem.

Palpação expansibilidade normal, frêmito toraco-vocal sem alterações.

Percussão: sem alterações.

Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular (+), sem ruídos agregados.

Ausculta cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: globuloso, ausência de circulação colateral, cicatriz umbilical centralizada.

Ausculta: ruídos hidroaéreos normais, sem ausculta de sopros em área renal.

Percussão: timpânico.

Palpação: não refere dor na palpação, não apresenta visceromegalias ou massa palpável, não apresenta reação peritoneal.

Extremidades: simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados, cicatriz cirúrgica antiga de mais ou menos 8 cm em perna direita. Palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos sem alterações.

Exame neurológico:

Facie e marcha não característica de processo neurológico, força muscular conservada.

Fundo de olho: não realizado, não possui oftalmoscópio.

Fatores de risco associados:

Obesidade grau I

Sedentarismo

Antecedente familiar de hipertensão

Hipertensão arterial

Sexo

Hipótese diagnóstica:

Hipertensão arterial essencial estágio II descompensada

Obesidade grau I.

Conduta:

Orientações:

Nutricionais: usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos. Evitar colocar saleiros na mesa, preferir o consumo de alimentos naturais e realizado em casa com temperos naturais, evitar alimentos industrializados, diminuir o consumo de gorduras, incorporar o consumo de frutas e vegetais.

Redução do peso.

Realizar exercícios físicos no mínimo 30 minutos por dia.

Frequentar o grupo de hipertensão da unidade.

Orientado sobre o caráter silencioso da doença.

Orientado sobre os fatores de risco.

Acompanhado a consulta de odontologia.

Incorporar o uso de medicamentos na sua rotina diária, sugiro tomar de forma certa os medicamentos, indico controle de PA e avaliar em 7 dias.

Indico exames de laboratório para avaliar na próxima consulta.

Contatar com agente de saúde para realizar visita domiciliar e melhorar adesão ao tratamento. (BRASIL, 2013).

2ª consulta (12/09/2017):

Triagem:

PA 160/ 90 mmHg

Subjetivo:

Paciente com bom estado geral, refere melhora do zumbido de ouvido, expressa preocupação porque na triagem ainda está alta sua pressão e que está tomando de forma certa a medicação, solicita avaliar exames, nega sintomas neste momento.

Refere que tomou os medicamentos hoje de manhã as 07h00min.

Objetivo:

Exames complementares:

Eletrocardiograma: ritmo sinusal, fc 85bpm.

Dosagem de glicose: 76 mg/dl

Dosagem de colesterol total: 295 mg/dl

Dosagem de colesterol HDL

Dosagem de triglicerídeos: 337 mg/dl

Dosagem de creatinina: 0,80 mg/dl

Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1): normal.

Fc 79 bpm,

Controle de PA com cifras que oscilam entre 150-160/90 mmhg

Avaliação:

Hipertensão arterial estagio II

Sedentarismo

Obesidade grau I

Hiperlipidemia

Estratificação de risco cardiovascular intermediário

Hipótese diagnostica:

Hipertensão arterial estagio II descompensada.

Hiperlipidemia mista.

Plano:

Manter as orientações anteriores

Manter sinvastatina 20 mg após janta,

Troco medicação de hipertensão

Losartana potássica 50 mg 01 por VO de 12/12 horas

Anlodipino 5 mg 01 por VO de 12/12 horas

Enfatizando na adesão ao tratamento.

Controle de PA e avaliar em 7 dias após início do novo tratamento.

3ª consulta (21/09/2017):

Triagem: PA 130/80 mmhg

Subjetivo, solicita avaliar controle de pa.

Paciente refere sentir-se bem, nega sintomas, nega reação adversa a medicamentos, relata estar fazendo de forma correta o tratamento médico.

Objetivo:

Fc: 86 bpm.

Fc: 16 irpm.

Membros inferiores sem edemas.

Controle de PA com cifras que oscilam entre 130-120/ 80mmhg.

Avaliação:

Hipertensão arterial estagio II

Obesidade

Hiperlipidemia

Sedentarismo

Risco cardiovascular intermediário.

Hipótese diagnóstica:

Hipertensão arterial estagio II compensada.

Plano:

Manter orientações

Manter tratamento medicamentoso indicado,

Acompanhar a consulta de odontologia,

Agendo consulta em 6 meses.

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

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Desta forma, podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. (BRASIL, 2008).

Quando falamos em sofrimento psíquico/mental, podemos afirmar que as manifestações mais comuns na Atenção Básica são parte de uma mesma síndrome clínica composta por três grupos ou dimensões de sintomas: ansiedade, tristeza/desânimo e somatizações (sintomas físicos). As três são queixas comuns dos usuários, e frequentemente, costumam surgir de forma mista e associadas. Estas queixas são relatadas pelo paciente como tristeza, perda do prazer de viver, irritabilidade, ansiedade, medo, inapetência (falta de apetite), distúrbios do sono, fadiga, palpitações, dentre outros sintomas físicos. (Soares, m; Pessoa, 2014)

RELATO DE CASO

Este caso trata-se de um paciente de 62 anos de idade, aposentado, branco, com peso 72 kg, 167 cm, com índice de massa corpórea de 26,66 kg/m².

Está morando na comunidade há aproximadamente um ano, com um novo relacionamento. Mora com a esposa e um filho dela. A renda per capita familiar é de dois salários mínimos, pois a esposa trabalha, ele é aposentado e às vezes, realiza trabalhos agrícolas para alguns granjeiros.

A esposa, no atendimento com a enfermeira da unidade básica de saúde, expõe sua preocupação com o seu esposo. Ele quer ter mais um filho, devido a perda do filho há um ano e meio em um acidente de moto. Ele tem mais uma filha de aproximadamente 20 anos. A esposa ainda relata que, tem dias que ele está muito triste, e tem dias que apenas fala e manifesta com frequência a saudade do falecido filho. A esposa confessa que esse assunto traz brigas no relacionamento, pois ela tem 42 anos e não quer mais filhos e acha que um novo filho não substitui o filho falecido. Ela pergunta se ele não pode tomar um remédio para depressão para ajudar naqueles dias em que ele fica triste. E reforça que tem dias que ele não toma seus medicamentos para Hipertensão.

A enfermeira sugere a esposa, trazer ele junto na próxima consulta para conversar, avaliar e poder fornecer a ajuda que ele precisa.

Na consulta o paciente apresenta as seguintes averiguações; fr:17ipm, fc:78bpm, tensão arterial de 150/90mmhg. O mesmo relata não ter tomado os medicamentos de Captopril e Hidroclorotiazida no dia. Se expressa com linguagem clara, coerente, lógica, mas fugindo do contato visual, por vezes olhando para baixo. Relata que depois da perda do filho ele se sente diferente e ainda tem saudades, por esse motivo passa vários dias com tristeza, desânimo, sem vontade de sair de casa, assistir televisão e às vezes até esquece de tomar os medicamentos. Depois passa esse episódio, fica bem, e "vai indo". Expressa ainda, na mesma conversa a vontade de ter um novo filho, pois acredita que esse ajudaria a esquecer da perda.

Na conversa se explicou que a perda de um filho não se encontra dentro do ciclo vital da vida, mas acontece. O que faz a diferença é o jeito que cada um de nós somos capazes de enfrentar a situação. Ou seja, a vontade e a força para seguir em frente. Que sempre iremos lembrar-nos daquela pessoa que já não está mais conosco, mas nem por isso devemos deixar a tristeza nos consumir. Um novo filho não substitui a perda, cada pessoa, cada ser humano é diferente um do outro. Essa decisão deve ser pensada, analisada e falada com calma, pois a esposa tem 42 anos, obesidade, tabagista e seria uma gestação de risco, e a opinião dela também deve ser escutada.

Na consulta ainda, é trabalhada a importância de tomar os medicamentos, incorporando isso a rotina diária para não esquecer, orientações nutricionais e gerais

para Hipertensão. Indico controle de tensão arterial por uma semana e retornar a consulta. É oferecido apoio emocional, explicando que ainda não seria necessária a medicação, mas que é necessário o acompanhamento com a equipe, inclusive oferecendo a avaliação e acompanhamento com profissional de psicologia para elaborar o luto.

DISCUSSÃO

Neste caso a similitude com o caso anterior radica em problemas de adesão ao tratamento, provocando descompensação da doença crônica, em ambos casos é a Hipertensão. Só que neste caso o fator que propiciou o evento foi um episódio depressivo leve.

Sabemos que a saúde mental interfere como fator de risco cardiovascular, os problemas mais comuns relatados são ansiedade, raiva e hostilidade, impulsividade, estresse, mas pouco é falado de depressão e Hipertensão Arterial. Todas as funções influenciadas pelo sistema nervoso são possíveis a presença dos neurotransmissores. A serotonina e os seus níveis estão relacionados a alterações emocionais.

Esta meta-análise publicada recentemente teve como objetivo avaliar se a depressão aumenta a incidência de Hipertensão. No estudo, foram pesquisados <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, Qualquer estudo de corte prospectivo que relataram a correlação entre depressão e a incidência de hipertensão em indivíduos normotensos aparentemente saudáveis foi incluído.

A hipertensão foi definida como uma PA sistólica superior a 140 e / ou diastólica a 90 mmHg determinado em entrevista, uso de medicamentos anti-hipertensivos, auto-relatados ou registros com diagnóstico de hipertensão. Setenta e cinco estudos foram inicialmente analisados, mas apenas nove preencheram os critérios de inclusão, num total de 22.367 participantes, com um seguimento médio período de 9,6 anos. Foi encontrado que a depressão aumentou o risco da incidência hipertensão [risco relativo ajustado 1,42, intervalo de confiança de 95% (CI) 1,09-1,86, P $\frac{1}{4}$ 0,009] o risco foi significativamente correlacionado com o tempo de seguimento (P $\frac{1}{4}$ 0,0002) e a prevalência de depressão (P <0,0001).

Em conclusão a meta-análise, mostrou que a depressão é provavelmente um fator de risco independente para Hipertensão e que é importante levar em consideração a depressão durante a processo de prevenção e tratamento da Hipertensão. Mais estudos são necessários para excluir os efeitos de outros fatores. Relação entre depressão e hipertensão arterial. (Disponível em: <http://hipercardio.blogspot.com.br/2012/03/relacao-entre-depressao-e-hipertensao.html>).

SINTOMAS FUNDAMENTAIS

- 1) Humor deprimido
- 2) Perda de interesse
- 3) Fatigabilidade

SINTOMAS ACESSÓRIOS

- 1) Concentração e atenção reduzidas.
- 2) Autoestima e autoconfiança reduzidas.
- 3) Ideias de culpa e inutilidade.
- 4) Visões desoladas e pessimistas do futuro.
- 5) Ideias ou atos auto lesivos ou suicídio.
- 6) Sono perturbado.
- 7) Apetite diminuído.

Episódio leve: 2 sintomas fundamentais + 2 acessórios

Episódio moderado: 2 sintomas fundamentais + 3 a 4 acessórios

Episódio grave: 3 sintomas fundamentais + > 4 acessórios

O tratamento da depressão tem como objetivo a remissão completa dos sintomas. O tratamento apresenta três etapas fundamentais:

- 1- Fase aguda: dois a três primeiros meses, e tem como objetivo a diminuição ou eliminação dos sintomas depressivos.
- 2- Fase de continuação: quatro a seis meses que seguem o tratamento, tem como objetivo manter a melhora e evitar recaídas.
- 3- Fase de manutenção: tem objetivo de evitar novos episódios (recorrência).

Os quadros de depressão podem ser classificados em leves, moderados e graves. No âmbito da Atenção Básica é mais comum o manejo da depressão leve, que poderá ser abordada como uma responsabilidade de resolutividade da APS.

Na depressão leve o papel dos antidepressivos não está bem estabelecido, assim recomenda-se que se estabeleçam medidas não farmacológicas por seis semanas como: psico-educação, exercícios físicos, acompanhamento semanal do paciente e, quando possível, psicoterapia. Se os sintomas persistirem ou piorarem, recomenda-se iniciar antidepressivos, e nesse caso o acompanhamento médico é indispensável. (Soares; Pessoa, 2014)

Rastreamento de depressão:

A triagem para sintomas depressivos em todos os pacientes no âmbito da AB vem ganhando sua importância nos últimos anos. Recomenda-se a aplicação de um questionário prático e rápido. Acompanhe abaixo as perguntas para rastreamento de depressão (DUNCAN, 2013): Durante o último mês, você se sentiu incomodado por estar “para baixo”, deprimido ou sem esperança? Durante o último mês, você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? Para critérios diagnósticos: “sim” para as duas questões (tem sensibilidade de 96% a 97% e especificidade de 57% a 67%). (Soares; Pessoa, 2014)

Ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica:

- proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- exercer boa comunicação.
- exercitar a habilidade da empatia.
- lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

CONCLUSÃO

O presente caso faz refletir sobre o sofrimento mental como problema comum das pessoas em nossa comunidade. Como afeta a dinâmica familiar e interfere na saúde das pessoas. Ressalta a importância que na falta de adesão ao tratamento o profissional deve sempre tentar encontrar o motivo. Saúde mental é um problema de responsabilidade compartilhada entre a equipe para contribuir com a integralidade do cuidado. Inclusive atuar de forma integrada a rede de atenção à saúde como CRAS, NASF, CAPS, CEREST, que podem ser de apoio em ações desenvolvidas conjunto a equipe de saúde, interconsultas, discussão de caso, ações de promoção e prevenção da saúde e elaboração conjunta de projetos terapêuticos. Esta atenção compartilhada entre as equipes já está disposta na Portaria n 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

4 ABORDAGEM INTEGRAL NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

A visita domiciliar é uma metodologia de trabalho de caráter educacional, assistencial e exploratório, realizada por profissionais que vão ao domicílio do paciente, usuário ou beneficiário de um serviço (Teixeira, 2009). Representa uma estratégia de aproximação dos serviços com as realidades atendidas que favorece um reconhecimento mais preciso das características, potencialidades e necessidades de cada contexto, resultando em propostas de intervenção singulares, pertinentes a cada realidade.¹

A portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que “redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas”², dispõe:

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Art. 3º O SAD tem como objetivos:

- I - redução da demanda por atendimento hospitalar;
- II - redução do período de permanência de usuários internados;
- III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e
- IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

Art. 4º A AD seguirá as seguintes diretrizes:

- I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS;
- II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

No Brasil, são várias as experiências de serviços de atenção domiciliar que foram criados a partir das dificuldades concretas de pacientes no acesso a serviços de Saúde. O domicílio despontou, somado à sua característica humanizadora e pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de expandir e qualificar os processos de cuidado.

A produção do cuidado no domicílio exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade de cada família e desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas, de acordo com a necessidade de cada paciente.

No domicílio, como em outros espaços de cuidado, o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário permite interações que desencadeiam transformação nas relações de trabalho, compartilhamento e formação de compromissos para melhoria e integralidade da atenção. Logo, a construção do plano de cuidado na Atenção Domiciliar deve ser compartilhada por todas as partes e saberes envolvidos (usuário, família, cuidador e profissionais da saúde) (BRASIL;2013).

Objetivos para a execução da visita domiciliar, o primeiro passo é definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos:

Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>.

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou ecomapa.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

DISCUSÃO

Fica cada vez mais perceptível a importância da visita domiciliar, como instrumento de trabalho é eficaz na resolutividade de problemas individuais, coletivos, e até do território. Potencializa as condições de conhecimento do cotidiano dos sujeitos inseridos no seu ambiente de convivência familiar e comunitária, ou seja, em seus aspectos biopsicossociais. Permitindo identificar de cada paciente os problemas em que o sujeito ou família está envolto, suas causas, efeitos, repercussões e necessidades.

Visita domiciliar na unidade básica de saúde é um dos pilares fundamentais da atenção ao usuário. Tem horário agendado uma vez por semana. Os critérios para visitas incluem presença de condição física que precisa de atendimento com dificuldade de acesso à unidade de saúde, ou condição física que dificulta o traslado do paciente a unidade, pertencer à área de abrangência, ter sido solicitada pelos familiares ou cuidadores, algum membro da equipe ou assistência social como às vezes acontece.

Muitos problemas são resolvidos mediante visita domiciliar e acompanhamento adequado como, por exemplo, o caso já discutido de Hipertensão com problema de adesão ao tratamento. Após as análises, reflexões, e avaliação em reuniões de equipe definimos a intervenção de cada profissional que participou no processo de acompanhamento domiciliar, a frequência das intervenções e o responsável de concretizar o planejado.

Portanto, para que haja uma resolução efetiva do cuidado é necessária a troca de informações sobre o paciente, como também o conhecimento das competências de todas as disciplinas envolvidas e o estabelecimento de respeito profissional entre os integrantes no trabalho em equipe.

Depois do início da intervenção domiciliar, vamos acompanhando e sistematizando os resultados obtidos no decorrer do acompanhamento domiciliar para que possamos monitorar, avaliar e refletir sobre o processo de cuidar do sujeito, suas repercussões positivas/negativas, ganhos/perdas e transformações ocorridas na vida e no contexto em que esse sujeito está inserido nos aspectos biopsicossociais.

A atenção domiciliar, na intenção de permitir uma mudança de direção dos cuidados aos casos agudos, também para os cuidados aos pacientes crônicos com base no sistema primário de cuidado à saúde, devendo ficar na responsabilidade dos hospitais apenas os pacientes com necessidades de cuidados mais complexos. Essa mudança proporcionaria uma visão racionalizada do trabalho, amparada por uma melhor capacidade de resolver problemas e que busca antecipar-se à doença, tanto pela educação quanto pela promoção da saúde, tornando-a, portanto, mais econômica e efetiva.

A visita domiciliar proporciona uma visão mais ampla das reais condições de vida da família e possibilita uma interação em ambiente tanto familiar, quanto social. Tem sido um dos instrumentos mais enriquecedores na prática da saúde coletiva favorecendo a melhoria de qualidade de vida dos usuários em seus aspectos biopsicossociais e aumentando a resolutividade das problemáticas apresentadas, o que tem levado a uma procura cada dia maior pelos usuários.

DESAFIOS ENFRENTADOS E CONCLUSÃO

Os desafios foram e continuarão sendo muitos e variam de sujeito para sujeito, de família em família, de cada realidade e contexto em que esse sujeito está inserido. Sempre levando em conta os aspectos biopsicossociais. Sempre buscando compreender a história de vida desses sujeitos com suas especificidades e particularidades, sem preconceitos e discriminação. Realizar ações sistematizadas para viabilizar o cuidado as pessoas e famílias com algum nível de alteração de saúde ou para realizar atividades ligadas aos programas de saúde. Implicando interação, análise, discussão, pesquisa, trabalho conjunta dos integrantes da equipe de saúde.

Dificuldades são advindas da situação geográfica de Capão Bonito do sul, onde o 70 % da sua comunidade mora em zona rural. O fato que interfere diretamente nas visitas, fazendo com que muitas vezes fiquem distante as visitas uma das outras, diminuindo assim o número de visita a fazer, problemas às vezes com transporte, tendo em ocasiões que dedicar outros horários para conseguir suprir a demanda.

As experiências com visitas domiciliares realizadas até agora demonstram que estamos no caminho certo e que podemos avançar através das visitas domiciliares em prol da qualidade de vida dos usuários nas mais diversas áreas e problemáticas que compõe o contexto em que em sujeito está inserido e sua vida nas suas diversas facetas.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

A intervenção na Unidade de Saúde Capão Bonito do Sul durante várias semanas, permitiu ampliar a cobertura de hipertensos cadastrados na UBS, sendo todas as ações desenvolvidas em conformidade com o cronograma feito para realizar o trabalho durante este período, assim os usuários atendidos no período receberam atenção e avaliação qualificada de forma integral, para ao final obter os melhores resultados possíveis. Nas consultas foi realizado exame clínico apropriado a todos os usuários, com atualização de acordo com o protocolo estabelecido na Unidade. Na intervenção houve uma melhor organização e estruturação do mesmo, conseguindo melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos, desde o acolhimento até a realização da consulta propriamente dita, permitindo uma melhor otimização da agenda para atendimento da demanda espontânea.

Também melhoramos consideravelmente em relação aos exames complementares dos usuários envolvidos na intervenção, todos os usuários receberam avaliação odontológica, melhorando a qualidade da atenção a hipertensos, diminuimos o número de pessoas faltosas as consultas, algo que favoreceu cumprir as atividades planejadas durante cada semana. Como parte de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, também foi realizada estratificação de risco cardiovascular a todos, assim como foi feito um importante trabalho de prevenção e promoção de saúde para este grupo envolvido na intervenção.

Para a equipe, a intervenção provocou mudanças importantes, já que foi necessário elevar a preparação dos diferentes integrantes em relação aos protocolos estabelecidos para o atendimento de pacientes com hipertensão. A reunião de equipe tornou-se o cenário principal para debates e trabalho conjunto, propiciando maior interação, comunicação e união entre os integrantes. Ajudou também a melhorar o fluxo de comunicação com os usuários na sala de espera algo que antes não acontecia.

Considero que o impacto na comunidade foi positivo, já que gerou muita satisfação por todos, conseguimos educar o grupo alvo sobre a importância do tratamento, fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares, pouco cuidado da saúde bucal, e sobre todo a importância de ir a

consultas com uma periodicidade adequada. Como desfecho positivo vale ressaltar a melhora da adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão. Ressaltando que esse é um trabalho ainda não concluído, considerando-o trabalho contínuo.

Considero importante incorporar as ações da intervenção à rotina da unidade, pois os resultados demonstraram que é necessário dar continuidade ao processo de organização do serviço, há uma tendência dos profissionais de se acomodarem quando passa o período de intervenção, por isso é necessário dar importância à análise dos resultados positivos advindos deste projeto. Também pretendemos dar continuidade na unidade a promoção e prevenção de saúde, sem dúvida fundamental para manter um adequado equilíbrio na saúde destes usuários.

O presente trabalho contribuiu imensamente, sobretudo, para a minha formação profissional, devo admitir precisei preparação e conhecimentos sobre diversos temas, acrescentando experiências. A capacitação dos profissionais da saúde deve ser encarada como prioridade dentre as políticas públicas de saúde. Compreendi que o trabalho em equipe faz a diferença para obter bons resultados, que a visita domiciliar tornasse uma ferramenta imprescindível na saúde comunitária em conjunto com ações de prevenção e promoção a saúde.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial-Publicações SBC. Disponível em:<[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIA L.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIA_L.pdf)>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018

_____. Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. 37, Brasília, 2013.

_____.Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular - Sociedade Brasileira. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n.34. Brasília, 2013.

_____.Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Vol 2. Brasília, 2013.

_____.Ministerio da Saude. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Disponível em < <http://bvsms.saude.gov.br/> >. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

_____.Visitação domiciliar. Disponível em:<<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

CUNHA, C L F; GAMA, M E A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primaria em saúde. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

PORTO, Celmo Celeno. VADECUM De Clinica Medica. Terceira edição.2010.p 523

Ruilope L, M. Et al. Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics. 2016. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

Soares, m; Pessoa, f, S. DA FAMÍLIA A SAÚDE MENTAL E A SAÚDE. Rastreamento e acompanhamento em saúde mental. Disponível em: <[file:///C:/Users/USER/Desktop/Mod12.Un3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Desktop/Mod12.Un3%20(1).pdf)>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

Souza, A, S; Rivera, F, j, U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 15

Yanelis Orue Bonne

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial, na
ESF Capão Bonito do Sul/RS

PORTO ALEGRE
2017

RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde Capão Bonito do Sul, para melhorar significativamente em relação ao acolhimento, atendimento, qualidade dos registros das pessoas envolvidas no projeto, avaliação sobre risco cardiovascular, melhorar adesão aos diferentes tratamentos, assim como oferecer orientações importantes sobre promoção e prevenção de saúde. Realizando ações de pesquisa e tratamento precoce de doenças, bem como a redução de danos. Obter um impacto positivo na comunidade, tentando mudar o estilo de vida, aumentando o conhecimento das pessoas sobre sua doença para prevenir futuras complicações, ressaltando a importância da capacitação e do trabalho em equipe.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica.

LISTA DE ABREVIATURAS

1. DCV: doença cardiovascular.
2. DM: diabetes mellitus
3. AB: atenção básica
4. UBS: unidade básica de saúde
5. HAS: hipertensão arterial sistêmica
6. PA: pressão arterial
7. IAM: infarto agudo do miocárdio
8. ASC: agente de saúde comunitário
9. NASF: núcleo de apoio a saúde da família
10. ESF: estratégia saúde da família
11. AVE: acidente vascular encefálico
12. AIT: ataque isquêmico transitório

SUMÁRIO

1.Introdução.....	36
2 Problema.	37
3. Justificativa.....	37
4. Objetivos	39
4.1 Objetivo geral.....	39
4.2 Objetivos específicos.....	39
5. Revisão de Literatura	41
6. Metodologia.....	45
7. Cronograma.....	48
8. Recursos necessários.....	50
9. Considerações finais.....	51
10.Referências Bibliográficas.....	52

1 INTRODUÇÃO

Gerir o cuidado é prover ou disponibilizar tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores (CECÍLIO, 2009).

A “dimensão profissional” é considerada o “núcleo duro” da gestão do cuidado. É o momento do encontro entre o trabalhador/equipe e o usuário, configurando-se um “espaço intercessor” (MERHY, 1998) entre aqueles que portam necessidades de saúde e os que se dispõem a cuidar. É um espaço de grande potência criativa, atravessado por determinantes externos (organizações, crenças, formação etc.) que influenciam tanto as equipes quanto os usuários, mas também marcado por importante grau de liberdade e responsabilidade na ação dos trabalhadores. (BRASIL, 2013).

Prevalência da hipertensão na população adulta de 20 a 40 %, dependendo da região estudada, o que significa que há, no Brasil de 20 a 40 milhões de pacientes hipertensos. (PORTO, 2010).

A hipertensão arterial é uma doença frequente que atinge a população, sem distinção de raça, estrato social, crenças religiosas, sexo, gordo ou magro, pessoas calmas ou nervosas, idade; por isso é chamada de doença “democrática”.

Nosso objetivo está encaminhado a melhorar estilo de vida, prevenir complicações da doença, e melhorar a adesão dos usuários ao programa.

2 PROBLEMA

Dificuldade de adesão e estratificação dos pacientes com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde Capão Bonito do Sul.

3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).⁷ Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015.⁸ (BRASIL, 2016).

Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca, déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 2013).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis

desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2009, p.21).

Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. (BRASIL, 2013).

E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2013).

Em Capão Bonito do Sul estão cadastrados um total de 531 pacientes que representa o 29,9 % da população total, por quanto dá para entender que este município não está fora da realidade que corresponde as estatísticas do estado e do país. Com pacientes hipertensos com problemas de adesão ao tratamento, sem estratificação de risco, sem atenção odontológica, e faltosos a consultas. Esta investigação ajudaria a atualizar o cadastro dos pacientes hipertensos, melhorar a estratificação e atendimento, assim como ferramenta de trabalho e capacitação para min e para a equipe de saúde, obtendo como resultado a melhorar a qualidade de vida dos usuários.

4 OBJETIVOS

Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial na ESF Capão Bonito do Sul/ RS.

Objetivos específicos

Objetivo 1.

Ampliar a cobertura a hipertensos da área de abrangência em um 85% no programa de atenção a hipertensão.

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Objetivo 2.

Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

Meta2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 2.2 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Objetivo 3.

Melhorar a adesão de hipertensos.

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 4

Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular.

Meta 4.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5.

Promover a saúde de hipertensos.

Metas 5.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Meta 5.2 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos

Meta 5.3 Garantir orientação sobre os fatores de riscos a 100% dos pacientes hipertensos

Meta 5.4 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão arterial é também definida como o nível de pressão arterial no qual os benefícios do tratamento, não farmacológico, são maiores do que o risco de não tratar. (PORTO, 2013, p.523).

As tendências epidemiológicas e de gestão e os padrões de hipertensão que podem ser específicos ou mais comuns às populações latino-americanas - o que denominamos "características latino-americanas" da hipertensão - através de uma revisão da literatura recente. Reconhecer que pode haver um perfil específico de hipertensão para pacientes latino-americanos pode ajudar a melhorar seu tratamento, com o objetivo final de reduzir seu risco cardiovascular. Concentramos um pouco nos países do Brasil, México e Venezuela, cuja experiência pode refletir outros países latino-americanos que atualmente têm menos dados publicados sobre epidemiologia e práticas de gestão. (Ruilope, 2016).

Em quanto a etiologia em menores de 6 anos a hipertensão tem maior chance de ser secundária (60-70% dos casos por doença renal parenquimatosa). Adolescentes geralmente têm hipertensão arterial primária (85-95% dos casos). (PORTO, 2010, p.261).

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada [Grau de Recomendação A]. (BRASIL, 2013).

O envelhecimento vascular é o aspecto principal relacionado à elevação da PA nos idosos, caracterizado por alterações na microarquitetura da parede dos vasos, com consequente enrijecimento arterial. Grandes vasos, como a aorta, perdem sua distensibilidade e, apesar de os mecanismos precisos não estarem claros, envolvem primariamente mudanças estruturais na camada média dos vasos, como fratura por fadiga da elastina, depósito de colágeno e calcificação, resultando no aumento do diâmetro dos vasos e da EMI. Clinicamente, a rigidez da parede das artérias se expressa como HSI, condição com alta prevalência na população

geriátrica e considerada um FR independente para aumento da morbimortalidade. (BRASIL, 2013).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. (BRASIL, 2013).

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010) e auxilia na definição de condutas:

- Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.

- Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.

- Alto Risco – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e,

se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas. (BRASIL, 2013).

A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais.1-3. Medidas não medicamentosas tem se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão a médio e longo prazo.

Revisão sistemática de estudos com duração mínima de 12 a 24 meses, combinando intervenções dietéticas e atividade física de média a alta intensidade, em pacientes usando ou não medicações revelou redução da PAS e da PAD por período < 12 meses de -4,47 (-7,91 a -1,04) mmHg e de -1,10 (-2,39 a 0,19) mmHg, respectivamente. Para períodos de 12 a 24 meses, as reduções observadas foram de -2,29 (-3,81 a -0,76) mmHg e de -1,00 (-3,22 a 1,22) mmHg, respectivamente para PAS e PAD. O impacto direto dessas medidas sobre o risco de desfechos CV é incerto, os estudos são pequenos e breves e os efeitos sobre outros FR poderiam contribuir para a proteção CV. (BRASIL, 2013).

Decisão terapêutica

Categoria de risco a considerar

- Sem risco adicional

Tratamento não medicamentoso isolado

- Risco adicional baixo

Tratamento não medicamentoso isolado por até 6 meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso

- Risco adicional médio, alto e muito alto

Tratamento não medicamentoso + medicamentoso

O tratamento farmacológico da HAS muda de forma expressiva o prognóstico da doença, independente dos fármacos anti-hipertensivos utilizados tanto em monoterapia quanto em combinação. Inúmeros estudos randomizados e metanálises demonstraram os benefícios da redução dos níveis pressóricos sobre a morbidade e mortalidade cardiovasculares. Diversos ensaios clínicos demonstram redução da desfechos relevantes em estudos com diuréticos, betabloqueadores (BB), inibidores

da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC) 151. Uma vez que a monoterapia controla a pressão em menos de 1/3 dos hipertensos, a maioria dos ensaios clínicos utilizou associações de fármacos para o controle tensional, demonstrando que os benefícios alcançados independem das classes utilizadas. (BRASIL, 2013).

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos. (BRASIL, 2016).

A atenção numa abordagem multiprofissional tem como objetivo principal o controle da HA, que não é satisfatório em nosso meio. Estudos de base epidemiológica demonstraram variação de 10% a 57,6%⁵⁷ nesse controle. A atuação da equipe multiprofissional promove melhor controle da HA,⁵⁸ o que está diretamente relacionado à adesão ao tratamento. (BRASIL, 2016).

6 METODOLOGIA

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Capão Bonito do Sul, no município de Capão Bonito do Sul/RS. Serão participantes deste projeto todos os hipertensos pertencentes à área de abrangência da unidade.

Para desenvolver a intervenção será adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde de hipertensão arterial, do ano de 2013.

O primeiro passo consiste na apresentação deste Projeto de Intervenção aos membros da equipe multiprofissional da ESF Capão Bonito do sul e sua capacitação sobre a doença. Pretende-se sensibilizar os profissionais de saúde da equipe, incluído os agentes comunitários de saúde, em relação à importância clínica e epidemiológica da hipertensão arterial e capacitá-los para relacionar os fatores de risco mais importantes e orientar quanto às principais medidas preventivas.

Seguido deveram ser cadastrados todos os pacientes com diagnóstico de hipertensão no prontuário eletrônico. Com ajuda dos agentes comunitários que serão capacitados para o cadastramento dos pacientes hipertensos e Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e também sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; e quais de esses exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Os 85% dos pacientes hipertensos serão avaliados. A partir da avaliação desses usuários, será proposta abordagem direcionada de acordo com o grau de fatores de risco de cada um. Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e tentar incluir eles no grupo de

tabagismo que funciona na comunidade. Todos os pacientes receberão acompanhamento mediante consultas médicas e de enfermagem segundo avaliação e visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários e a equipe de saúde.

Para melhorar a adesão dos hipertensos deveram ser visitados pelos agentes comunitários o 85% de hipertensos faltosos e monitoramento do cumprimento das consultas previstas no protocolo para cada usuário, vai ser de forma mensal através dos prontuários, planilhas disponibilizadas no curso, pelo médico clínico geral e enfermagem. Para logra-lo o treinamento das ACS para a orientação de hipertensos, quanto a realizar as consultas e sua periodicidade vai ser feito pela enfermeira durante as reuniões de equipe todas as semanas.

A equipe deverá buscar conscientizar a os hipertensos centrada em medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento e as visitas domiciliares até as consultas médicas e de enfermagem. Com a criação de grupo de hipertensos e realização de palestras informativas. Para a realização das atividades educativas haverá a participação dos diversos profissionais da saúde da equipe da ESF e da equipe expandida, com apoio do NASF. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimentos de dúvidas dos pacientes, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros e as palestras. Para que a ação educativa seja resolutiva, é necessário discutir os conhecimentos por meio de um mecanismo de comunicação que facilite a compreensão e estimule sua prática, e que torne os participantes ativos do processo de promoção de sua saúde. Serão organizados encontros para realizar exercícios físicos orientados e supervisionados por um educador físico e fisioterapeuta da equipe do NASF.

Nesse processo para garantir o registro dos usuários hipertensos, viabilizar os exames necessários, local de atuação e materiais, documentação que vamos precisar, é necessário combinar com o gestor de saúde para garantir e realizar este trabalho fundamental para a intervenção, para melhorar o acolhimento destes usuários. Para a realização das ações do projeto serão necessários diversos recursos como: como: Esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro, fita métrica,

balança, folhas, canetas, espaço físico para realização dos grupos e palestras, computador e equipamentos de projeção de multimídia.

A avaliação da proposta de intervenção será feita durante a reunião de equipe da ESF, onde serão discutidos se os resultados esperados estão sendo alcançados, bem como as dificuldades encontradas para implantação da proposta de intervenção. Definir atribuições de cada membro da equipe.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Mês 08/17	Mês 09/17	Mês 10/17	Mês 11/17	Mês 12/17	Mês 01/18	Mês 02/18
Reunião de equipe para análise e lançamento da proposta do projeto.	X						
Atualização conceitual e treinamento dos profissionais da equipe de saúde.		X					
Realizar busca ativa dos hipertensos faltosos às consultas		X	x	x	x		
Cadastramento e Avaliação dos hipertensos		X	X	X	X	x	
- Monitorar o número de hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de		X	x	x	x	x	

risco por ano.							
- Monitorar o número de hipertensos com avaliação clínica e exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada		X	x	x	x	x	
Planejamento das consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares		X	x	x	X	X	X
Criação dos grupos de hipertensos e início das palestras informativas.					X	X	X
Programa regular de exercícios físicos.					X	X	X
Avaliação das atividades.					X	X	X
Análise e resumo dos dados, elaboração de conclusões, e apresentação do resultado final.							X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

1. Balança
2. Esfigmomanômetro
3. Requisição para exames laboratoriais
4. Equipamento de multimídia
5. Caneta
6. Folhas
7. Pasta para arquivo do planejamento das atividades
8. Profissionais Médico, odontologista, Enfermeiro, técnico em Enfermagem, ACS; professor de educação física, motorista.
9. Prontuários eletrônicos
10. Transporte
11. Local para realização das atividades do grupo

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este plano de ação tem sua relevância na propagação de informações a pacientes hipertensos quanto aos riscos da doença e um diagnóstico precoce. Melhorar a qualidade de vida e sobrevivência, promover a redução das complicações diminuindo assim os índices de morbimortalidade. Com a capacitação da equipe de saúde será possível alcançar o maior nível de conhecimento para o melhor desenvolvimento das ações educativas estimulando o trabalho multidisciplinar. Melhorar a adesão dos pacientes e estratificar lhes. Involucrados todos usuários/equipe em melhorar o estado de saúde. Por isso acredito é importante desenvolver este trabalho em nossa comunidade.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial-Publicações SBC, 2016. Disponível, 2016 em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

_____. *Cadernos de Atenção Básica*, n.34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

_____. *Caderno de atenção domiciliar*. Vol 2. 2013. Dimensões da gestão de cuidados, clinica ampliada.

_____. Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular - Sociedade Brasileira, 2013. Disponível em: https://sbn.org.br/app/uploads/diretriz_prevencao_cardiovascular1.pdf. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Cadernos de Atenção Básica, 37. 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

PICON, Paula Xavier; MAROSTICA, Paulo Jose Cadauro; BARROS, Elvino. *Pediatria consulta rápida*. 2010.p 261.

PORTO, Celmo Celeno. *VADECUM De Clinica Medica*. terceira edição.2010.

Ruilope L, M. Et al. Hypertension in Latin America: Current perspectives on trends and characteristics. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018