

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

CLARA BEATRIZ PEÑA OTERO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ENVIRA-AM
2018

CLARA BEATRIZ PEÑA OTERO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. João Batista Cavalcante Filho, médico sanitário e médico de família e comunidade.

ENVIRA-AM
2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS PREVENÇÃO.....	12
4 VISITA DOMICILIAR.....	14
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	22

1 INTRODUÇÃO

Sou Clara Beatriz Peña Otero, tenho 32 anos, natural de Holguín/Cuba, cursei medicina na Universidade de Ciências Médicas de Holguín, recebi o Título de Doutora em Medicina em 20 de Julho de 2012, depois de formada, trabalhei um ano na Venezuela como Diplomada em UTI e em 24 de Outubro de 2015, recebi o Título de Especialista de Primeira Graduação em Medicina Geral Integral, e agora estou trabalhando a mais de um ano no Brasil, pelo Programa Mais Médico para o Brasil, como Médica da Equipe de Saúde da Família, trabalhando atualmente na Unidade Básica de Saúde da Família Maria Bastião, fica localizada na Avenida Joaquim Borba, no Centro da cidade, no Município de Envira, cidadezinha do interior do Amazonas.

As características da população atendida na Unidade Básica de Saúde da Família Maria Bastião, é de um povo simples, trabalhador, hospitalheros, de raízes nordestinas, pessoas de baixo, médio e alto nível social e econômico, a maioria da população atendida do território são idosos, a economia é baseada em serviços, agropecuária, pesca, extrativismo vegetal, açaí buriti, avicultura, piscicultura e o comércio varejista e atacadista são os que tem mais. As estruturas comunitárias disponível em minha área de abrangência são duas Escolas Estaduais de Ensino Fundamental, uma Escola Municipal de Ensino Fundamental, o Hospital de Envira Evaristo Rates da Silva, Assistência Social, a onde funcionam o CRAS e CREAS, Conselho Municipal de Saúde. A abrangência Territorial da População atendida é no Bairro Centro, Bairro São Francisco e Estrada São Sebastião que é ligada ao Bairro São Francisco, localizado na área 003, com dezenove ruas e uma estrada e é dividida em 7 micro áreas, com um total de 1234 usuários, cada micro área tem um ACS responsável, além deles, essas famílias são acompanhadas por mim, por uma Enfermeira, por um Técnico em Enfermagem, um Cirurgião Dentista e um Técnico em Saúde Bucal, em frente dessa área passa o Rio Tarauacá afluente do Rio Envira, que é um rio de águas barrentas e salgadas e tem um igarapé que passa entre o Bairro Centro e o Bairro São Francisco, com isso, essa parte, é considerada como uma área de risco para essa população, pois quando acontece uma enchente no rio, o igarapé também é inundado, o que coloca em risco a vida de muitos moradores que moram próximos ao rio e ao igarapé. O diagnóstico da demanda da UBS mais atendidas são hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM), lombalgia, anemia, verminoses, dermatites, doenças alérgicas relacionadas com as constantes mudanças de clima, malária e DPOC decorrente de tabagismo, tanto nos homens como nas mulheres. Temos

também altos índices de doenças ginecológicas infecciosas, assim como de doenças diarreicas agudas e hepatites (principalmente na época da cheia do rio).

No meu projeto de intervenção o tema escolhido da Unidade Básica de Saúde Maria Bastião, foi a respeito da Hipertensão e fatores de risco na Atenção Primária à Saúde, porque, esse é um o problema de saúde real que observamos em nosso território de atuação e de maior relevância da unidade e que representa um grave problema de saúde para população, pois, as pessoas, portadoras dessa doença ainda apresentam serias dificuldades em lidar com a mesma, o que se explica isso, é a alta prevalência de Hipertensão Arterial, com um total de 121 hipertensos para apenas 1234 pessoas e a média do número de atendimento de hipertensos por mês é de 34.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: UBS Maria Bastião.

ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO – feminina, 38 anos, branca, natural e residente em Envira, casada, empregada doméstica.

QUEIXA PRINCIPAL – pressão arterial alterada.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (03/07/2017)

Paciente Obesa, com Hipertensão Arterial a 5 anos, controlada com Captopril (25 mg) de 12/12horas e Hidroclorotiazida 25mg/dia, há um mês, descompensada por não cumprir tratamento regular, mantendo níveis de PA geralmente de 150/100mmHg. Refere não ter seguido a orientação médica de realizar exercício físico para baixar de peso e não fazer a dieta precisa por não ter condições econômicas para comprar alimentos apropriados a dieta.

REVISÃO DE SISTEMAS GERAL

Paciente obesa sempre teve excesso de peso. Ao casar, há 18 anos, pesava 75 kg. Aumento de peso superior a 19 Kg em todas as gestações. Peso estável entre 85 e 90 kg nos últimos 2 anos, sedentária, não realiza exercícios físicos.

A obesidade é um fator de risco independentemente do IMC para doença coronariana, além de aumentar a prevalência de hipertensão, dificulta o controle medicamentoso da HAS, (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013).

Interrogatório por sistemas:

- Pele – “rachaduras” entre os dedos das mãos, recorrente, que atribui ao uso de sabão e detergentes.
- Cabeça – cefaleia frequente, de localização occipital, que atribui à “pressão alta”.
- Olhos – não usa lentes. Refere visão sem dificuldade.
- Ouvidos – zumbidos, sensação de tonturas ao levantar-se rapidamente.
- Nariz e seios paranasais – Não refere sintomas.
- Boca e garganta – Não refere sintomas.
- Cardiovascular – “cansaço” aos grandes esforços, como caminhar em montanhas e subir escadas. Nega dor torácica.
- Respiratório – Não refere sintomas.
- Gastrointestinal – hábito intestinal regular, 1x/dia, fezes de aspecto normal.
- Geniturinário – há seis meses, passou acordar 2 vezes à noite para urinar (até então, no máximo, uma vez por noite, ocasionalmente), que atribui ao uso do diurético. Menarca aos 13 anos, ciclos menstruais regulares, 30/05 dias, fluxo normal. 2 gestações, 1 parto normal, 1 pré-término com 36 semanas de gestação. Preventivo realizado faz 5 meses, negativo. Ligadura realizada no último parto, não realizou uso de contraceptivos hormonais. História Obstétrica: G4 P2 A0.
- Endócrino: não refere sintomas.
- Neurológico: cefaleia frequente.

Antecedentes Pessoais:

Hipertensão arterial

Obesidade

Reação a medicamentos: Penicilina.

Transfusões: não

Traumatismos: não

Medicações em uso: Hidroclorotiazida 25mg/dia; Captopril 25mg 12/12 h, refere uso irregular dos medicamentos para HAS fazendo uso geralmente quando tem tonturas ou cefaleia, justifica dizendo que “frequentemente a farmácia do posto não tem os remédios que ela usa.” Além do mais, usa ibuprofeno para alívio da dor de cabeça e paracetamol.

Antecedentes Familiares:

Infarto agudo do miocárdio (pai falecido aos 60 anos);

Diabetes mellitus (mãe e seus 2 irmãs);

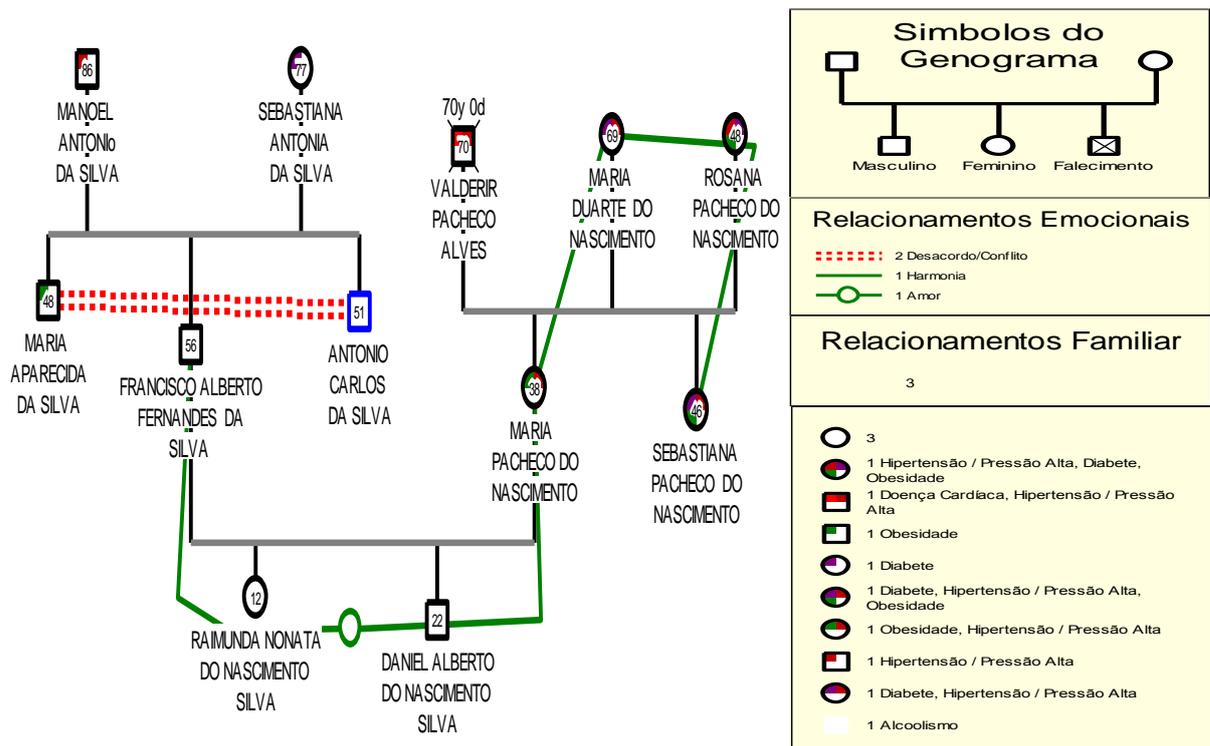
Hipertensão Arterial (pai, mãe e irmãs);

Obesidade (irmãs).

HISTÓRIA PSICO-SOCIAL

Paciente com baixo nível escolar, seu grau de instrução é 1º grau incompleto, começou a trabalhar aos 17 anos sempre como empregada doméstica. Leva 20 anos casada com seu atual esposo, com o qual tem 2 filhos com boa saúde, afirma que tem boas relações emocionais, não frequenta nem uma religião e não pratica nenhum esporte.

GENOGRAMA



Condições de Vida:

Avaliação de consumo alimentar:

- Consumo de poucos vegetais e frutas, dieta rica em gorduras e/ou carboidratos.

Consumo de álcool:

Não consome bebidas alcoólicas.

Tabagismo: não

Horas diárias de trabalho: 8h

Moradia: casa de madeira, com três quartos, um sala, uma cozinha, um banheiro fora de casa, água encanada de um poço artesiano, convivem cinco pessoas.

Água de consumo: de poço artesiano tratada com hipoclorito.

Práticas corporais/atividade física: Sedentária (“não tem tempo para praticar exercícios”); nunca se preocupou com o peso.

EXAME FÍSICO:

Medidas antropométricas: peso 88,5 kg, altura 1,63, circunferência abdominal 98 cm.

Estado nutricional: IMC: 33.0 obesidade tipo I, temperatura: 36,2 °C

Mucosas: úmidas e coradas.

Tecido celular subcutâneo: não infiltrado por edema.

Pescoço: Tiroides: palpáveis sem alterações

Tórax: normal configurado, mamas sem alterações.

Aparelho respiratório: ausculta pulmonar normal. FR: 20 resp./min.

Aparelho Cardiovascular: auscultação cardíaca normal, pulsos palpáveis e simétricos, tensão arterial 150/90mmHg.

Abdome: globuloso, não doloroso há palpação superficial e profunda, não visceromegalia, ruídos hidroaéreos normais.

Exame neurológico: sem alterações.

SOMA: Não deformidade osteomioarticulares visível nem palpável.

HD: Hipertensão Arterial sistó-diastólica estágio I descompensada.

Obesidade Grau I.

CONDUTA:

Tratamento não medicamentoso:

- Alimentação saudável rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.
- Redução de peso: atividade física, atividade aeróbica por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.
- Solicitação de exames complementários para a próxima consulta (hemograma completo, glicose, colesterol total, triglicérides, creatinina sérica, ácido úrico, TGP, exame de urina tipo I (EAS), ultrassonografia hepática e renal, letrocardiograma).

- Encaminhamento a oftalmologista para Fundoscopia.

Tratamento medicamentoso cumprir de forma regular:

- Captopril (25mg) 1cp de 12-12h, hidroclorotiazida (25mg) 1cp ao dia.
- Suspender uso de ibuprofeno, tratamento para a dor só com paracetamol (500mg) 1cp de 8 em 8 horas.

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais, podem reduzir em até 10mmHg a pressão arterial sistólica (PAS) (KITHAS; SUPIANO, 2010).

EVOLUÇÃO:**2ª Consulta (dia 17/07/2017)**

Paciente refere sentir-se melhor, está cumprindo de forma regular com tratamento medicamentoso (captopril e hidroclorotiazida), iniciou a realização de exercício físico e cumpre com a dieta de forma regular, está pendente de realizar fundoscopia, pois, o oftalmologista não se encontra no município.

Dados da Triagem:

PA: 140/90mmHg.

Peso: 88.5 kg

Resultados de exame complementários: hemograma: Ht 46%, Hb 15,0 g%, Eritrócitos: 5 milhões/mm³, leucócitos: 7.500/mm³, com diferencial normal, colesterol total: 294mg/dl, triglicérides: 320mg/dl, ácido úrico plasmático: 5,5mg/dl, creatinina sérica: 0,83mg/dl, TGP: 12 URF/dl

Eletrocardiograma normal.

Ultrassonografia do abdome evidenciando esteatose hepática grau I.

Comentário evolutivo: Paciente que continua com PA elevada, mantenho o mesmo tratamento de captopril, só que aumento a dose de 1cp de 8 em 8 horas. Agora com diagnóstico de hiperlipidemia mista e esteatose hepática grau I que se comprovou com

complementários e ultrassonografia para o qual coloco tratamento com sinvastatina e vitamina E.

Conduta: Captopril (25mg) 1cp de 8 em 8 horas, Sinvastatina (40mg) 1cp via oral á noite, Vitamina E (100mg) 1 cp ao dia. Encaminhamento com nutricionista para orientações em quanto à dieta de paciente obeso. Continuar fazendo atividade física.

Não existe um tratamento específico para a Esteatose hepática. Entre as drogas que vêm sendo mais estudadas estão os antioxidantes e os hipolipemiantes. As estatinas foram testadas em diversos estudos, porém sabemos que são medicamentos bem tolerados e seguros nos pacientes com EHNA, geralmente melhoram o perfil lipídico e diminuem a incidência de eventos cardiovasculares, que são a principal causa de morte neste grupo de pacientes. (Adams 2010; 105:1567-73).

Antioxidantes têm sido estudados no tratamento da EHNA com base na fisiopatologia da doença. Espera-se que a suplementação de vitamina E tenha função antioxidante se ligando a elétrons livres e, portanto, estabilizando radicais livres e diminuindo a peroxidação lipídica intra-hepatocitária. (Sanyal et al. N Engl J Med 2010; 362:1675-85)

3ª Consulta (dia 21/08/2017)

Paciente que refere estar melhor, não apresentou mais dores de cabeça desde que há pressão se estabilizou. Perda de peso 0,5kg em 15 dias.

Dados da Triagem:

PA: 120/80mmHg.

Peso: 88.0 kg

Resultado de fundoscopia normal, sem alterações.

Conduta: Captopril(25mg) de 8 em 8 horas, Hidroclorotiazida (25mg) 1 cp ao dia, Sinvastatina (40mg) 1cp via oral a noite, Vitamina E (100mg) 1cp ao dia. Continuar em consulta com nutricionista.

PLANO:

Realização de consulta programada, com medidas dietéticas indicadas, exames complementários e tratamento medicamentoso.

Realização de visita domiciliar por EBS.

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

Em minha Unidade Básica de Saúde Maria Bastião, na qual faz mais de um ano que estou trabalhando, encontrei várias irregularidades na atenção pré-natal. Algumas gestantes chegavam com captação tardia na gravidez, cartão pré-natal incompleto, outras com poucas consultas e exames realizados, falta de informações sobre questões relacionadas ao parto e puerpério, por isso, se fez necessário organizar e realizar a capacitação da equipe de saúde, para unidos lograr um acompanhamento adequado na atenção pré-natal, pois, baixa qualidade da atenção pré-natal resulta em elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal nas diversas esferas.

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (Saúde das Mulheres, 2016).

A busca ativa domiciliar por meio dos agentes comunitários das gestantes da área foi um dos primeiros acordos que tomei nas reuniões de equipe, para que uma vez identificadas começar a trabalhar na prevenção de riscos e complicações de forma mais organizadas, pois existiam grávidas com os principais fatores de riscos para o surgimento da hipertensão arterial na gravidez como, obesidade, sobrepeso, primariedade, mulheres maiores de 35 anos, pré-eclampsia em gestação anterior, história familiar de hipertensão arterial. E a hipertensão no município é uma das doenças de maior prevalência, por isso, a importância de ter um bom controle sobre estas grávidas para evitar complicações como, a aparição de transtornos hipertensivos na gravidez. Existem fatores de risco conhecidos muito comum na população em geral, que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de realizar uma maior vigilância por sinalizar um real surgimento de um fator complicador (BRASIL, 2012).

Com a identificação de todas as gestantes cadastradas como está estabelecido e com o trabalho da equipe em conjunto, realizamos a programação das atividades de prevenção, promoção e educação em saúde. Se realizaram ações de prevenção enfatizando no cumprimento estrito do esquema de vacinação, realização de exame citopatológico e realização de teste Anti-HIV. Realizamos promoção e educação de saúde nas visitas

domiciliares, na sala de espera no dia de atendimento pré-natal, nos grupos de gestantes, na consulta, discutindo temas sobre:

- Orientações específicas quanto à importância do pré-natal e amamentação.
- Promoção da alimentação saudável, prevenindo aparição de hipertensão arterial, diabetes, prevenção dos distúrbios nutricionais (baixo peso, sobrepeso, obesidade) e orientação a realização de atividade física.
- Orientação sobre sinais de alerta de pré-eclâmpsia (cefaleia, escotomas visuais, epigastralgia, edemas excessivos).
- Orientar a mãe sobre mudanças físicas e psicológicas que ocorrem na gestação e procurar identificar a presença de depressão.
- Orientações de autocuidado: cuidado com os dentes, atividade sexual, vestuário, banho, viagem e trabalho.
- Vantagem do aleitamento materno tanto para a mãe como para o bebê.
- Sinais de alerta durante a gestação, sinais que indicam proximidade do parto, sinais evidentes da proximidade do parto.
- Incentivar a participação do pai no pré-natal, no parto e nos cuidados com o recém-nascido.
- Importância das consultas puerperais e cuidados com o recém-nascido.

Em nosso município, encontramos alguns obstáculos da assistência pré-natal que está relacionado ao acesso a consulta com ginecologista obstetra, pois não contamos com especialistas no município e ao acesso para realizar ultrassonografia que nem sempre temos disponível, também temos dificuldades para realizar atividade de prevenção como teste rápido de HIV, sífilis, hepatites, por isso, que o trabalho sistemático na promoção em saúde é nossa maior prioridade.

Trabalhamos Segundo o Caderno de Atenção Básica de Atenção ao Pré-natal (BRASIL 2012), o total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana mensalmente, da 28ª até a 36ª semana quinzenalmente, da 36ª até a 41ª semana semanalmente.

Garantir a periodicidade das consultas, continuar esforçando-nos em nosso trabalho é nossa meta a cumprir dia a dia, pois é muito gratificante acompanhar a gestante durante sua gravidez e saber que o parto e puerpério ocorreram bem, graças à realização de um pré-natal de qualidade e humanizado.

4 VISITA DOMICILIAR

Em minha Unidade de Saúde Maria Bastião o dia do atendimento domiciliar acontece de acordo com a minha Agenda Profissional, que é todas as quartas feiras. No início de meu trabalho existia uma programação inadequada, pois, muitas vezes tinha ACS que não participavam das reuniões de equipe e quando chegava o dia da visita é que eles mim comunicavam que teriam pacientes agendados. Além disso, acontecia também deles agendarem visitas com pacientes que não tinham critério pra atendimento domiciliar, chegava à casa dos pacientes e o que fazia era renovar uma receita ou apenas realizar uma consulta em pacientes que poderiam ir até a UBS. Por essas falhas, que aconteciam por parte de alguns, dificultava um pouco a qualidade do atendimento domiciliar, pois não estava tendo ainda o planejamento como era pra ser, portanto, precisei ter que explicar nas reuniões, a importância de haver uma melhor comunicação entre todos os membros da equipe e o compromisso que se deve ter com o paciente que necessita da visita domiciliar, para que assim, pudéssemos buscar dentro das nossas condições, trabalhar da melhor maneira possível de acordo com o que está estabelecido pelo SUS, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, educação em saúde e reabilitação à saúde do indivíduo e família, para que com isso, o paciente pudesse receber um melhor diagnóstico, um melhor tratamento, com o objetivo de contribuirmos pra que ele pudesse alcança o completo bem estar físico, mental e social.

Hoje, podemos dizer que o atendimento a visita domiciliar está mais organizada por parte do que corresponde a minha equipe, mas ainda temos outras dificuldades daquilo que não corresponde à equipe como, a falta de transporte, pois não temos nenhum à disposição pra visita, com isso, quando não dar pra ir no transporte de algum membro da equipe, temos que ir de pé a alguns lugares que fica distante, temos dificuldades pra ter acesso a alguns materiais que o paciente precisa ter em casa para realização de seus cuidados diários daquilo que se pode ser feito pelos seus familiares ou cuidador e de materiais para a realização de algum procedimentos que podem ser feitos também no domicílio, dificuldades com o próprio paciente, cuidadores e familiares que muitas vezes não seguem corretamente as orientações médicas, de enfermagem e dos próprios ACS e também a falta do NASF. Mais o importante é que apesar de termos todas essas dificuldades que estamos precisando vencer, as visitas estão sendo feitas e estamos buscando auxílio do secretário de saúde, do conselho municipal de saúde, da população para juntos vencermos essas dificuldades e melhorar ainda mais a qualidade do atendimento domiciliar.

A equipe realiza as diferentes ações de trabalho brindando atenção integral, Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar (BRASIL 2013), compreendendo a família que está recebendo esse cuidado, sua estrutura e funcionalidade, conhecendo as possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros.

Realizamos as reuniões de equipe um dia antes de realizar a visita domiciliar como ponto de partida para a tomada de decisão dos casos priorizados, em dependência as incidências e problemas de saúde mais frequentes de nossa área de abrangência e por conta das especificidades individuais e familiares para determinar à periodicidade das visitas semanais, quinzenais, mensais em dependência a necessidade, assim como: problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar, portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória, pacientes com doenças crônicas como, a hipertensão, que é das doenças crônicas não transmissíveis a de maior incidência em nossa área, com isso, fazemos um controle estrito destes pacientes hipertensos com as ausências no atendimento programado, os que não estão aderindo ao tratamento para evitar descompensação e prevenção das complicações e identificando os fatores desencadeantes da descompensação que se podem encontrar no domicílio. Outros dos principais motivos de acompanhamento que seguimos são os idosos acamados, idosos com dificuldades de deambulação, com doenças crônico-degenerativas, sem cuidador, gestantes de alto risco, ausentes nas consultas de pré-natal agendadas, crianças recém-nascidas de risco, lactantes, puérperas, pacientes de saúde mental, cumprindo todos os programas assistências em dependências às necessidades dos pacientes.

Além disso, estamos preparados para fazer atendimento domiciliar de urgência (casos agudos), em caso que não seja preciso encaminhamento para o hospital, se leva o caso para analisar na reunião de equipe e decidir seu acompanhamento e se necessário faz-se um Projeto Terapêutico Singular nos casos mais complexos, com o cronograma das tarefas a cumprir por cada membro da equipe. O município não dispõe de Programa de Atenção Domiciliar nas modalidades de AD2 e AD3, por isso, há necessidade da equipe estar preparada para estes tipos de atendimento domiciliar dos casos agudos. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar um dos passos do processo de trabalho em equipe é elaborar um plano de cuidados/projeto terapêutico (ou Projeto Terapêutico Singular – PTS, no caso de casos mais complexos) para cada paciente, contendo as condutas propostas, os serviços ou equipamentos que precisam ser acionados, a periodicidade de visitas, a previsão de tempo de permanência, e o papel de cada membro da equipe e o profissional de referência responsável por coordenar as

ações propostas para o paciente (BRASIL 2012). Também avaliamos as famílias que requerem de visitas de forma mais regular e se for preciso desenvolver um trabalho multidisciplinar, se faz encaminhamento ao psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assim como, a solicitação da realização de exames complementários no domicílio se agenda para realizar a coleta domiciliar as radiografias e eletrocardiogramas, por exemplo, se dificulta quando não contamos com disponibilidade de transporte com os familiares responsável pelo paciente.

As visitas domiciliares acontecem com a participação ativa do agente comunitário de saúde, sendo ele de fundamental importância para esses acompanhamentos, pois são eles quem estão mais próximos dos problemas que afetam a comunidade, com o auxílio deles é que os demais membros da equipe passam conhecer de uma forma melhor o espaço no qual a UBS é responsável, o que possibilita um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial, ou educativo, voltadas no domicílio da família.

Os agentes comunitários de saúde fazem as anotações em relatórios de visitas e os demais o fazemos em prontuário para o registro adequado das informações coletadas durante a VD que posteriormente serão utilizadas para o acompanhamento evolutivo dos casos individuais e os aspectos a serem observados nas visitas posteriores.

Enfim, avaliamos e corrigimos possíveis falhas para possibilitar o planejamento das próximas visitas e visamos o conceito de integração Saúde e Comunidade em que a visita domiciliar contribui para um melhor vínculo entre o profissional e o usuário.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Todos os assuntos estudados tanto no Eixo I- Saúde coletiva como nos Casos Complexos do Eixo II foram muito bons, os que mim chamou mais atenção, ou seja, os de maior relevância foram, os conceitos relacionados ao SUS, sua evolução e estruturação, seus princípios, suas diretrizes, legislação e financiamento, conhecimento e compreensão dos diferentes Modelos de Atenção à Saúde no Brasil e no mundo, as potencialidades e fragilidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF), entender como funciona o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), reconhecer a organização das Redes de Atenção no Sistema de Saúde, a Situação de Saúde do Brasil nos dias de hoje, contextualizar a história e os principais conceitos da Atenção Primária à Saúde (APS), o que mim possibilitou identificar os principais atributos da APS que é o acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação na prática dos serviços de saúde, identificar as ferramentas de gestão no contexto do SUS para planejamento em saúde, analisar a situação de saúde a partir da aplicabilidade das ferramentas de gestão em saúde. Também tive a oportunidade de identificar o processo de implantação do PMAQ, compreender a utilização de instrumentos avaliativos da qualidade de serviços, discutir o impacto do PMAQ na organização do trabalho para o alcance da qualidade dos serviços na APS, reconhecer os conceitos de Saúde Baseadas em Evidências (SBE), relacionar a prática assistencial ao uso da SBE, conhecer o processo de territorialização. Outro tema principal foi à gestão do cuidado, trazendo alguns aspectos como, reconhecer os fundamentos da ética profissional, onde discuti a ética dos profissionais que constituem a equipe de saúde e refleti sobre os dilemas éticos do trabalho na Atenção Primária à Saúde – APS, o que mim fez compreender as atribuições de cada um dos profissionais da equipe, com isso, facilitou pra identificar as potencialidades e fragilidades no trabalho em equipe de saúde, conhecer os mecanismos para qualificar o trabalho o nosso trabalho, organizar a programação das atividades na agenda profissional, entender os modelos de registros clínicos, abordar a proposta do Projeto Terapêutico Singular e como este pode ser inserido no processo de trabalho, onde pude aplicar os conhecimentos acerca das modalidades de intervenções terapêuticas na elaboração do plano de cuidado, reconhecendo diferentes práticas e abordagens educativas, desenvolvendo ações educativas individuais e coletivas, compreendendo a violência como um agravo à saúde, conhecendo a legislação e as políticas públicas ao combate a violência, identificando os indicadores de violência e as redes de apoio.

Os Casos Complexos do Eixo II também ampliaram ainda mais o meu conhecimento ao estudar os diferentes protocolos médicos no Brasil assim como, das doenças crônicas não transmissíveis e as doenças transmissíveis, seu diagnóstico, qualificar a abordagem terapêutica e introduzir a medicina baseada em evidências, cumprir com a notificação dos casos com doenças transmissíveis e realização do controle dos contatos. A importância do planejamento familiar e o aconselhamento pré-concepcional, o acompanhamento e assistência pré-natal de baixo e alto risco, com ênfase na identificação e manejo das pacientes com hipertensão gestacional, assim como, o cuidado e acompanhamento da mulher no puerpério, identificar os fatores de risco para o sofrimento mental puerperal, diagnosticar e abordar os casos de depressão puerperal, realizar a puericultura, o acompanhamento da criança nos seus primeiros meses de vida principalmente com respeito às imunizações, amamentação/alimentação e vínculo da mãe com o bebê, saber avaliar o calendário vacinal do adolescente, saber a abordagem e manejo dos nódulos benignos da mama, estabelecer o diagnóstico e manejo clínico do Sangramento Uterino Anormal, saber rastrear, diagnosticar e manejar os casos de neoplasia de colo uterino, reconhecer aspectos clínicos do climatério e realizar o manejo adequado da mulher, identificar, avaliar e manejar situações de violência doméstica, em especial mulheres em situação de violência por parceiro íntimo, reconhecer os elementos e o papel da APS na Atenção às urgências, aplicar os princípios do cuidado ao trauma, dimensionar as atribuições da minha equipe na Linha de Cuidado do Trauma, quando necessário, identificar, tratar e acompanhar o quadro depressivo, avaliar risco de suicídio e como proceder, reconhecer as melhores abordagens ao paciente com ansiedade, compreender os elementos e o papel da APS no cuidado da pessoa com dependência de drogas ilícitas, utilizar ferramentas da rede de atenção para a pessoa com dependência de drogas ilícitas, de alcoolismo, conhecer as principais técnicas de abordagem do tabagismo, a importância da formação de grupos de tabagismos na detecção de situações de risco de recaída, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e como iniciar o tratamento. Reconhecer as orientações e os encaminhamentos nos casos de acidentes de trabalho, refletir acerca de questões relacionadas à Saúde do Trabalhador, compreender e utilizar ferramentas de Educação em Saúde, lembrar os tópicos de abordagem familiar, compreender a atenção domiciliar, incluindo as definições e vantagens desta proposta de trabalho, revisar a complexidade da assistência domiciliar, identificar as formas de atendimento especial ao cuidador de idosos, compreender a incontinência urinária em idosos, focando no diagnóstico e manejo clínico, conhecer os fundamentos da Avaliação Global do

idoso e a sua aplicação, revisar aspectos importantes de declínio cognitivo, reconhecer, avaliar e acompanhar queixas somatoformes, todos esses conteúdos estão contribuindo e contribuirão grandemente para a mudança em minha prática profissional.

O Curso de Especialização em Saúde da Família a longa distância da UNASUS/UFCSPA, através do Programa Mais Médico para o Brasil, foi de grande e fundamental importância para minha carreira profissional, pois mim possibilitou uma boa troca de experiência, trouxe um conhecimento muito aguçado a respeito de como funciona o SUS, aonde veio mim capacitando e mim preparando ainda mais, dia a pós dia, para atuar em minha equipe de saúde de forma mais eficiente, aprendizado esse, que acredito que não teria adquirido se não estivesse tido essa oportunidade dada pelo Ministério da Saúde, acredito que poderia sim ter aprendido algumas coisas se não fosse através desse curso, mais não a esse nível, com a qualidade e a organização que ele proporcionou apesar de saber que sempre a algo que pode ser melhorado.

Chegar até aqui não foi uma tarefa muito fácil, pois, passei muito trabalho pra realizar esse curso a começar pela falta de conhecimento do idioma o que dificultava para compreender e interpretar o que eu teria que fazer e ainda, dificuldades de adaptação no município, conexão com a internet que é muito ruim pra acessar a Plataforma, pois, sempre dependia de uma boa conexão para fazer as atividades o que fez dificultar ainda mais, mas, com muito esforço, dedicação e persistência consegui superar tudo isso e realizar todas as tarefas.

O uso da ferramenta do portfólio para mim foi muito bom, pois, facilitou o desenvolvimento do projeto de TCC, que foi desenvolvido durante os estudos relacionados à parte clínica, com a orientação e acompanhamento sistemático do meu tutor de Núcleo, o que mim possibilitou o acompanhamento da construção do meu conhecimento durante o próprio processo e não apenas ao final deste, dando a condição pra que eu pudesse refletir sobre os conteúdos desenvolvidos e a minha realidade profissional, além disso, proporciona que as atividades sejam realizadas e compartilhadas utilizando diferentes tipos de mídias, o que faz o portfólio ser uma estratégia de ensino muito aguçada.

REFERÊNCIAS

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

KITHAS, P. A.; SUPIANO, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. Vasc Health Risk Manag., [S.l.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010.

Adams et al. Nonalcoholic fatty liver disease increases risk of death among patients with diabetes: a community-based cohort study. Am J Gastroenterol 2010; 105:1567-73.

Sanyal AJ, Chalasani N, Kowdley KV, McCullough A, Diehl AM, Bass NM, et al. Pioglitazone, vitamin E, or placebo for nonalcoholic steatohepatitis. N Engl J Med. 2010;362(18):1675-85.

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)

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. -5. Ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v. : il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

PROJETO DE INTERVENÇÃO

CLARA BEATRIZ PEÑA OTERO

**HIPERTENSÃO E FATORES DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM
PROJETO DE INTERVENÇÃO DA UBS/ESF MARIA BASTIÃO, ENVIRA/AM.**

ENVIRA-AM
ABRIL 2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde. Como há uma relação direta do estilo de vida com os fatores de risco, perscrutar-se-á o estilo de vida dos usuários da UBS/ESF Maria Bastião, do município Envira do estado Amazonas, a fim de detectar os fatores de risco para HAS. O estudo tem natureza de um projeto de intervenção prospectivo, observacional e educativo. O médico do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), vinculado a Equipe de Saúde da Família (ESF), protagonista deste projeto, será o observador e indutor das propostas, ações e estratégias relacionadas aos objetivos da intervenção. O objetivo será diminuir a incidência das doenças cardiovasculares através da promoção da saúde e da prevenção primária dos fatores de risco em pacientes hipertensos. Os resultados apontarão fatores de risco para HAS em grande parte dos atores sociais e pressão sanguínea acima dos índices recomendados pelo Ministério da Saúde e organizações de estudo do coração e de hipertensão. Concluir-se-á que para os usuários com Hipertensão Arterial e fatores de risco para doenças cardiovasculares será necessária a mudança no estilo de vida e conhecimento da doença. Compreende-se que uma ferramenta potente para essa transformação é a ampliação de informações e conhecimentos da população sobre sua própria condição de vida.

Palavras-chave: Hipertensão; Fatores de Risco; Estilo de Vida; Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 OBJETIVOS.....	06
2.1 Objetivo Geral.....	06
2.2 Objetivos Específicos.....	06
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	07
4 METODOLOGIA.....	11
5 CRONOGRAMA.....	12
6 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	13
6.1 Recursos Materiais.....	13
6.2 Recursos Humanos.....	13
7 RESULTADOS ESPERADOS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a discussão feita com minha equipe de trabalho, na Unidade Básica de Saúde Maria Bastião, localizada na Avenida Joaquim Borba, no Centro da cidade, no município de Envira no Amazonas, o problema real que observamos em nosso território de atuação foi a hipertensão arterial, por conta, de que apresenta um grande número de hipertensos, chegando a 121 hipertensos, aonde, tem em média apenas 1204 pessoas no território da equipe e a quantidade de consultas realizadas durante o mês por mim, é em média de 106 consultas, e a média do número de atendimento de hipertensos por mês é de 34. Escolhemos esse problema por ser o de maior relevância, pois, as pessoas, portadoras dessa doença ainda apresentam serias dificuldades em lidar com a mesma.

O que podemos observar com a avaliação que fizemos, é que essas dificuldades são consequência de questões culturais e sócias e levam a vários fatores de risco, como por exemplo, a falta de compromisso com o tratamento por parte do paciente, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, a não modificação do estilo de vida e a utilização inadequada da medicação. Além desses fatores de risco, sabe-se que a incidência da hipertensão aumenta com a idade. Sabemos que a prevalência de HAS nos últimos 20 anos, está acima de 30% na população brasileira com mais de 50 anos, entre 60 a 69 anos é de 50%, e acima de 70 anos é de 75%. Entre os gêneros a prevalência é maior nos homens (38%), do que nas mulheres (32%) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A pesar de sabermos as possíveis causas do problema, se faz necessária a busca de uma proposta de ação que mude ou melhore essa situação.

Hipertensão arterial é uma doença crônica determinada por elevados níveis de 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). Por essa razão, essa é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno e que merece bastante atenção, pois ela é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto agudo do miocárdio. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial aparece isoladamente em apenas 30% dos casos. Isso quer dizer que, na maioria das vezes, ela está associada a outras condições, denominadas fatores de

risco, como dislipidemia, obesidade, sedentarismo e diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

São muitas as questões que rodam esse tema. Contudo, o que nos interessa investigar é: qual o papel do portador de hipertensão arterial na melhoria de sua qualidade de vida? É possível desenvolver uma ação de intervenção que desperte nessas pessoas a consciência de que é preciso levar a sério o tratamento? Enfim, que lugar a equipe de saúde deve ocupar diante dos inúmeros casos de hipertensão arterial?

A ação pretende mostrar que cada caso deve ser estudado com carinho, pois, apesar de muitas vezes as pessoas apresentarem os mesmos problemas de saúde elas são seres únicos, com uma história de vida particular e que se relacionam com o seu problema de maneira única e desvinculada de fórmulas prontas de sucesso.

Por se tratar de uma ação que visa o desenvolvimento das pessoas, através da interação com o outro e com o meio (no caso, a melhoria do quadro dos hipertensos do município de Envira no Amazonas) e levando-se em consideração a busca da melhoria de qualidade de vida e do desenvolvimento.

Em nossa ESF é muito importante a prevenção e controle da HAS, sendo a prevenção o objetivo principal e de menor custo. As palestras, conversações e esclarecimentos de dúvidas da HAS feitas pela equipe são as principais ferramentas presentes em nosso projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde Maria Bastião. É possível realizar-se porque existem as condições para fazê-lo, a preparação tanto humana como material é ótima, sendo o momento mais importante porque já conhecemos o problema, o trabalho na comunidade e a solução, ele nos permitira alcançar bons resultados em o prevenção e controle da HAS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Diminuir a incidência das doenças cardiovasculares através da promoção da saúde e da prevenção primária dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acompanhada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS Maria Bastião no município de Envira/ AM.

2.2 Objetivos Específicos

- Propor com base no diagnóstico de fatores de risco estratégias e metas para diminuir a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) presentes da UBS Maria Bastião de Envira/AM.
- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde para atuar nas mudanças do estilo de vida dos usuários com diagnóstico de HAS da UBS Maria Bastião de Envira/AM.
- Aumentar as atividades da promoção e prevenção de saúde para o conhecimento do hipertensão dos usuários.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90\text{mmHg}$). Associa-se, frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Hipertensão arterial, forma silenciosa, produz alterações no fluxo sanguíneo, nível macro e microvasculares, causados por sua vez, por uma disfunção da camada interna dos vasos sanguíneos e remodelação da parede das artérias de resistência, que são o responsável por manter o tônus vascular periférico. Muitas dessas mudanças no tempo anteriores à elevação da pressão arterial e produzir danos em órgãos específicos (Brasil 2013).

Em 90% dos casos, a causa da hipertensão é desconhecida, o que é chamado de "hipertensão essencial" com uma forte influência hereditária, Entre 5 e 10% dos casos não é uma causa diretamente responsável pela elevação da pressão sanguínea. Esta forma de hipertensão é chamado de "hipertensão secundária" que não só às vezes pode ser tratada e desaparecer para sempre sem exigir muito tempo - tratamento a longo prazo, mas também estar alerta para localizar doenças ainda mais graves, que HTA é apenas uma manifestação clínica (BRASIL, 2013).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. 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 (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

É conhecido que os homens estão mais predispostos a desenvolver hipertensão do que as mulheres, uma situação que muda quando a mulher atinge a menopausa, porque antes disso, tem hormônios de proteção que desaparecem neste período e, posteriormente, a

frequência fica igual. Por isso, as mulheres devem ser monitorizadas para esta doença nos anos após a menopausa (REDBERG, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5%. (TALAEI, 2014)

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010). Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31% (PICON et al., 2012), sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (PICON et al., 2013).

Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão como para a sociedade (Egan BM, 2013). Contudo, por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas (REINERS, 2012).

A hipertensão arterial (HTA) é patologia muito frequente, de causalidade variada, com elevada mobilidade e mortalidade, bem como custos terapêuticos farmacológicos importantes, tendo sido alvo de três circulares normativas da Direção Geral da Saúde. (Norma 20/01/2011 de 28/09/2011: Hipertensão Arterial definição e classificação. Acedida em 4/7/2013).

Vejamos alguns fatores de risco para Hipertensão Arterial. A pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais

frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente. A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década. Hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas (SBC, 2007).

A promoção do estilo de vida mais ativo tem sido utilizada como estratégia de desenvolver melhoria nos padrões de saúde e na qualidade de vida. Estudos recentes têm demonstrado que intervenções não farmacológicas no manejo da HAS, complementares ao tratamento, são cada vez mais relevantes na prática clínica. A redução do peso e a menor ingestão de sódio e álcool, associados às práticas corporais, podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica (PAS) (KITHAS; SUPIANO, 2010).

Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante. A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa (FANG et al., 2005).

O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95% 1: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica. (KITHAS; SUPIANO, 2010)

Outro ponto a ser observado é o uso de anticoncepcionais hormonais orais. A substituição de anticoncepcionais hormonais orais por outros métodos contraceptivos promove a redução da pressão arterial em pacientes hipertensas (LUBIANCA et al., 2005; ATTHOBARI et al., 2007).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (KAPLAN, 2010).

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada de forma direta a um maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Alguns estudos indicam que o padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (MIRANDA; STRUFALDI, 2012).

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado. Estudos sugerem que obesidade central está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos com nível de pressão arterial ótimo, que ao correr do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão. A perda de peso acarreta redução da pressão arterial (SBC, 2007).

O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, mas menos consistente. A presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável (SBC, 2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, com usuários hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria Bastião no município Envira/AM. O objetivo, conforme apontado anteriormente, é realizar uma proposta de intervenção educativa em relação aos estilos de vida e fatores de risco com o intuito de diminuir a incidência das doenças cardiovasculares através da promoção da saúde e da prevenção primária dos fatores de risco em pacientes hipertensos.

Participarão da intervenção os usuários maiores de 20 anos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica pertencente à área de abrangência. O cadastro será realizado de acordo com a coleta dos dados nas fichas espelho e os prontuários dos usuários, assim como a entrevista individual. Será utilizada a última versão dos protocolos de HAS do Ministério da Saúde, 2014.

As ações que o estudo planeja executar seguirá o cronograma proposto a partir da participação dos sujeitos envolvidos. Serão realizadas atividades de prevenção e promoção da saúde em cada comunidade da área de abrangência da equipe de saúde. Pretendesse com isso um maior controle dos fatores de risco (dislipidemias, obesidade, hábito de fumar, stress, maus hábitos alimentares e história familiar) tanto de incidência como a prevalência não controlada.

O médico será o observador e indutor das propostas, ações e estratégias. A equipe de saúde, os líderes comunitários e outras instituições, com uma periodicidade mensal levarão o passo a passo das ações propostas do projeto de intervenção.

A intervenção será feito fundamentalmente no posto de saúde e as comunidades implicadas no estudo, ele pretende-se desenvolver na área de abrangência começando no posto de saúde e terminando nas comunidades o implicadas no estudo. Os principais responsáveis de cada ação será a equipe de saúde da área de saúde de Maria Bastião

Os dados serão interpretados e observados de forma plena em características específicas do estilo de vida de cada usuário. As informações serão obtidas mediante

entrevista com os pacientes que venham à consulta médica, visita em domicílio, revisão de prontuário, cadastros feitos pelos agentes comunitários de saúde e aplicação de questionário sobre estilos de vida. Todas essas etapas serão desenvolvidas em conjunto com toda equipe participante da intervenção.

5. CRONOGRAMA

Procedimentos	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dic
Apresentação da proposta à equipe de saúde	x						
Capacitação da equipe.		X	x	x	x	x	x
Atendimento clínico dos usuários com HAS		X	x	x	x	x	x
Cadastramento de usuários no programa.		X	x	x	x	x	x
Encontros com a comunidade.		X		x		x	
Atividades com grupos.		x	x	x	x	x	x
Monitorar nº de usuários cadastrados, faltosos e monitorar atraso a consultas.		x	x	x	x	x	x
Realizar exame de estratificação de risco		x	x	x	x	x	x
Monitorar a realização de exames complementares			x		x		x
Monitorar a qualidade dos registros			x		x		x

6. RECURSOS NECESSARIOS

6.1 Recursos Materiais

- Impressoras.
- Computadores.
- Caneta.
- Balança.
- Folha A4.
- Sala para realização de grupos.
- Esfignomanômetro.

6.2 Recursos Humanos

- Profissionais Médicos, Enfermeiro, Téc./Aux. Enfermagem, ACS.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que os usuários hipertensos em nossa comunidade possam aumentar a conscientização sobre esta doença e, especialmente, que conheçam a importância de seu tratamento precoce, para que ele assuma comportamentos favoráveis para isso. Acredita-se que os usuários são capazes de assumir as competências que irão facilitar a enfrentar sua doença e controlá-la, levando-os para a vida cotidiana e incluí-los em sua prática cotidiana. Com as mudanças individuais por meio de promoção da saúde pode-se mudar o perfil epidemiológico da região e ocasionar impactos mais abrangente, tratando-se de melhorar ou diminuir morbimortalidade por este tipo de doença na comunidade.

Assim, a incidência das doenças cardiovasculares acompanhadas pela ESF na comunidade da UBS Maria Bastião de Envira, município de Amazonas pode encontrar alternativas para a promoção da saúde e da prevenção primária dos fatores de risco da HAS a partir do projeto de intervenção do para induzir a execução de ações na área de abrangência, ampliando o conhecimento da população sobre a doença, além de minimizar a incidência da Hipertensão Arterial na área de atenção.

As atividades educativas de promoção de saúde podem ter efeitos positivos, elas irão atuar de forma direta nas mudanças do estilo de vida dos usuários com o diagnóstico de Hipertensão Arterial da comunidade de UBS Maria Bastião de Envira. Assim, espera-se ajudar aqueles usuários que apresentam fatores de risco. O trabalho feito por toda equipe de saúde e os líderes informais das comunidades levará a um aumento das atividades da promoção e prevenção para um maior conhecimento da doença pela área de abrangência e um melhoramento dos indicadores epidemiológicos com uma melhor autopreparação dos integrantes da Equipe de Saúde da UBS Maria Bastião de Envira-Am.

REFERÊNCIAS

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
- DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- WILLIAMS, B. The year in hypertension. Journal of the American College of Cardiology, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.
- PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. Am. J. Hypertens., [S.l.], v. 26, n. 4, p. 541-548, apr. 2013. Doi: 10.1093/ ajh/hps076. Epub 2013 Jan 29.
- BRASIL, 2013 . 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. Cadernos de atenção Básica, n. 37. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. : il.
- FANG, J. et al. Exercise and cardiovascular outcomes by hypertensive status: NHANES I epidemiological follow-up study, 1971-1992. American Journal of Hypertension, New York, v. 18, n. 6, p, 751-775, jun. 2005.
- KITHAS, P. A.; SUPIANO, M. A. Practical recommendations for treatment of hypertension in older patients. Vasc Health Risk Manag., [S.l.], v. 6, n. 9, p. 561-569, ago. 2010
- KAPLAN, N. M.; ROSE, B. D. Treatment of hypertension in the blacks. Disponível em: <<http://www.uptodateonline.com>>. Acesso em: 9 set. 2010.
- MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. Hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- SBC, S. B. de C. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Brasília: Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2007, vol. 89, n.3, 2007
- Talaei M, Sadeghi M, Mohammadifard N, Shokouh P, Oveisgharan S, Sarrafzadegan N. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. J Hyertension. 2014;32(1):30-8.
- Egan BM. Prediction of incident hypertension. Health implications of data mining in the ‘Big Data’ era. J Hypertens. 2013;31(11):2123-4.

Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da Atenção Básica. *Cienc Cuidado Saúde*. 2012; 11(3):581-7.

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq Bras Cardiol*, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

Redberg RF. Cardiovascular disease in women: Expert review. *Cardiovasc Ther*. 2010;8(2):141-2