

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

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

Allen de Souza Pessoa

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
VISITA DOMICILIAR NO TERRITÓRIO DA UBS L 01 VALPARAÍSO

MANAUS – AMAZONAS

2017

ALLEN DE SOUZA PESSOA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
VISITA DOMICILIAR NO TERRITÓRIO DA UBS L 01 VALPARAÍSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFCSPA, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, sob orientação do Professor Rodolfo Souza da Silva.

MANAUS – AMAZONAS

2017

SUMÁRIO

1. Introdução	3
2. Estudo de Caso Clínico	8
3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção	11
4. Visita Domiciliar	14
5. Reflexão Conclusiva	16
Referências	18
Anexo I – Projeto de Intervenção	21

1. INTRODUÇÃO

Formado pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em 2015, Allen de Souza Pessoa é Médico do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, oferecido pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Suas atividades no âmbito da Saúde Pública começaram no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) onde se vinculou ao estágio em Medicina de Família na Unidade Básica de Saúde L 13, em Manaus. Ainda durante a graduação, concluiu estágio curricular em Medicina Preventiva e Social, tendo suas atividades desenvolvidas na Atenção Primária no município de Parintins, interior do Amazonas.

Hoje, atua como médico na Unidade Básica de Saúde (UBS) L 01, localizada no Bairro Jorge Teixeira, comunidade Valparaíso, em Manaus, capital do Estado do Amazonas, tendo como eixo central de atuação a Medicina de Família e Comunidade.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) L01 está localizada na Avenida Sumaré, na comunidade Valparaíso, bairro Jorge Teixeira, na cidade de Manaus. Esta é a principal avenida da comunidade sendo intenso o movimento tanto de veículos quanto de moradores.

A população adscrita soma um total aproximado de 3.600 pessoas, porém, a UBS L01 atende muitos pacientes não adscritos (fora de área) por não haver outras unidades de Estratégia de Saúde da Família no bairro Valparaíso e adjacências, existindo, dessa forma, um grande vazio assistencial, com aproximadamente 11.000 pessoas sem território definido, o que sobrecarrega o serviço prestado pela Unidade de Saúde.

Dados da Malha viária – Há três tipos de transporte:

1º - 2 linhas de ônibus, 676, que vai até o centro da cidade com duração de percurso de 1 hora e 30 minutos. Dentro da área de abrangência da unidade possui 4 paradas desta linha; 065 linha que vai até o terminal de integração 4.

2º Micro-ônibus de transporte alternativo- popularmente chamado lotação que vão até os bairros São José, Zumbi, Armando Mendes, Nova Vitória, Grande Vitória e Bola da Suframa.

3º Moto-táxi com dois pontos de base, ambos localizados na avenida Sumaré.

Dados de risco ambiental: Moradias que são feitas em espaços inadequados como em beira de barrancos, que desmoronam e soterram casas, como já ocorreu na comunidade. Residências construídas a margem do Igarapé do Mindu que são alagadas no tempo das chuvas e cheia dos rios tendo como agravante o lixo despejado neste local.

Aglomeración urbana: Na microárea 01, no final da rua Timbó há uma comunidade indígena, onde possui casas aglomeradas, também na mesma microárea, na rua Urtigão.

Equipamentos sociais e áreas de Lazer: No Valparaíso, encontra-se uma praça na área de abrangência da unidade localizada à rua Abóbora do Mato com rua Verbaco. Possui Escola Municipal Dom Jacson Damasceno Rodrigues à rua Verbaco e Escola Municipal Gilberto Rodrigues à rua Cigana. Também possui a Igreja Católica Nossa Senhora do Rosário localizada à rua Belfor Roxo, Igreja Adventista à rua Timbó, Igreja Assembléia de Deus à rua Perpétua, Igreja Adventista do Sétimo dia à rua Vassoura, Igreja Quadrangular à rua Pau Ferro.

O controle social geralmente é realizado pelos moradores e lideranças da comunidade. O sr. Amilton Rodrigues, líder comunitário do bairro, é o que mais interage com a equipe, faz acompanhamento na unidade, pois é hipertenso, e ocasionalmente, visita a UBS para informar-se sobre andamento do atendimento e outros aspectos da equipe.

Ao final da Rua Pau Ferro encontra-se uma área com muita proximidade à região de floresta tendo muitas casas construídas em áreas de risco, perto de barrancos e igarapés. Neste cenário, encontramos muitas árvores, becos e ruas sem asfaltamento e com esgotos expostos, crianças andando descalças e muitas pessoas sentadas em frente às suas casas com portas abertas. Segundo a agente comunitária de saúde (ACS) que me acompanhou nessa visita, é grande o fluxo de drogas ilícitas nesta região..

Durante atendimento clínico, conversamos com vários comunitários sobre a comunidade e como é viver nela. Segundo a senhora N.G. de 61 anos, que mora no bairro há cerca de 20 anos, no início do bairro não havia asfalto ou abastecimento de

água, havia muita violência e o comércio de drogas era intenso. Além disso, a UBS L01 ainda não existia, sendo construída cerca de 3 anos após (1999/2000). A comunitária diz que muita coisa mudou para melhor, com o asfaltamento, água encanada e com os serviços da UBS, que é a única da localidade, além da diminuição da violência, segundo sua percepção.

São inúmeros os problemas do território, como a grande quantidade de lixo despejada nas ruas, presença de muitos cachorros de rua o que aumenta o risco de zoonoses e a proximidade de domicílios em áreas de risco ambiental.

A população é atendida sob marcação de consultas pré-agendadas bem como por consultas no dia caso haja demanda espontânea. Não há dias temáticos, com exceção das quartas-feiras onde se prioriza o pré-natal na Unidade. As principais patologias atendidas são hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para diagnóstico, acompanhamento e controle. Além disso, a demanda de puericultura, pré-natal e saúde mental é bastante expressiva. A maior demanda é para o profissional Médico e Técnicos de Enfermagem.

Figura 1 – Mapa da Região. Fonte: Distrito de Saúde Leste – Manaus/AM

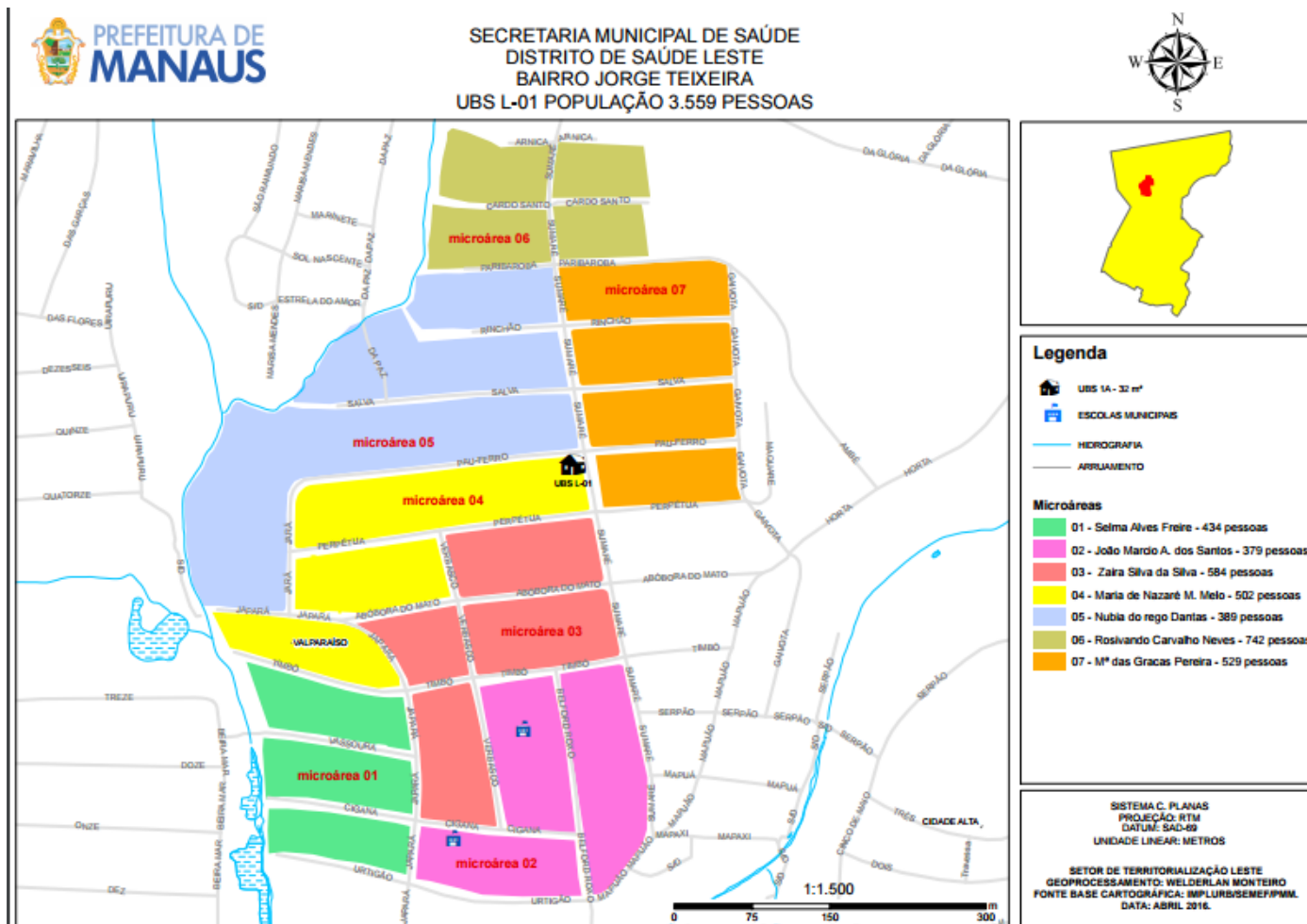


Figura 2 – Vista frontal da UBS. Fonte: Arquivo pessoal.



PROJETO DE INTERVENÇÃO:

MONITORAMENTO E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS L01 - VALPARAÍSO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. O objetivo desta intervenção organizacional é implementar assistência otimizada ao paciente com hipertensão arterial sistêmica do território da UBS L01 Valparaíso localizada na Zona Leste da Cidade de Manaus, com auxílio de um mapa contendo o controle de agendamento de consultas na atenção primária e especializada, bem como aspectos clínicos visando o acompanhamento de lesões de órgãos-alvo e controle de medicações em uso por microárea do território adscrito. Espera-se, com esta intervenção, um maior controle dos níveis pressóricos e monitoramento de lesões de órgãos-alvo dos pacientes adscritos, a responsabilização do usuário com sua saúde, fomentar a atitude ativa da equipe de saúde perante às condições crônicas, tanto no que tange às ações curativas quanto nas

ações de prevenção e promoção da saúde, buscando a atenção integral ao paciente e a coordenação do cuidado.

Cabe ressaltar que o presente trabalho constará nos anexos deste Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A cefaleia do tipo tensional é a cefaleia primária mais frequente na prática clínica, com uma prevalência estimada entre 40-70% da população. O pico ocorre na quarta década de vida e há um discreto predomínio no sexo feminino (1,2:1).

A fisiopatologia é pouco compreendida, mas certamente atuam fatores centrais e fatores periféricos de contração exagerada e sustentada dos músculos do pescoço, couro cabeludo e até face. Esta contração levaria à isquemia da fibra muscular e consequente dor. Ao contrário do que o nome possa sugerir, nem sempre essa cefaleia encontra-se associada à “tensão” nervosa.

No quadro clínico podemos observar dor de leve a moderada intensidade, de caráter opressivo e quase sempre bilateral, com duração de 30 minutos a 7 dias. O diagnóstico desta patologia é eminentemente clínico.

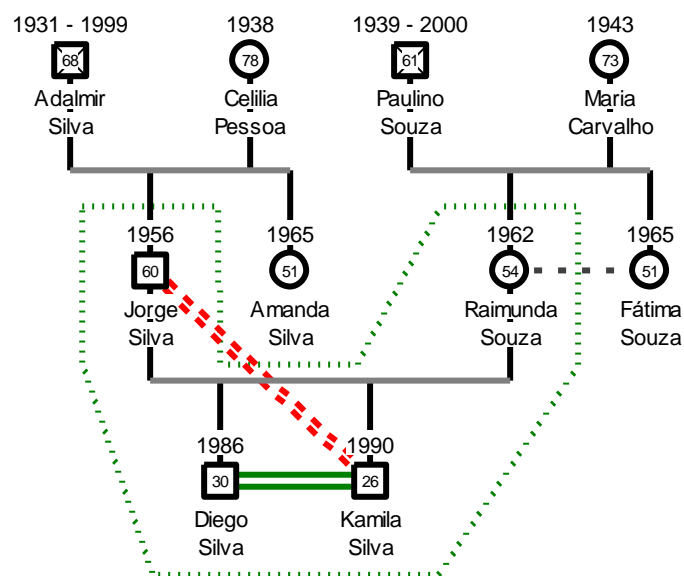
Este problema de saúde se faz presente diariamente na Unidade Básica de Saúde L01 na comunidade Valparaíso em Manaus, sendo expressivo o número de pacientes apresentando quadro sindrômico de cefaleia. Dona Raimunda, 54 anos, é uma das pacientes com queixa de cefaleia do território de abrangência. É casada com Jorge, e tem dois filhos, Diego e Kamila (ressalta-se que os nomes apresentados são fictícios).

Em consulta clínica, Raimunda mostrou-se apreensiva com sua situação familiar, relatando que a relação entre seu marido e sua filha não andava bem. As despesas estavam atrasadas e a filha não conseguia trabalho, o que gerava conflito com o pai. Além disso, estava preocupada com sua saúde, pois não fazia acompanhamento médico há alguns anos. Apresentou a queixa de cefaleia em região biparietal e occipital há cerca de 2 anos, de caráter opressivo, com melhora intermitente ao uso de analgésicos e antiinflamatórios. Não havia patologias pregressas, negou cirurgias prévias ou alergias medicamentosas. Sinais vitais estáveis, porém apresentando pressão arterial de 146 x 92 mmHg. Exame físico sem alterações.

Como conduta, foram realizadas as seguintes intervenções: realizou-se a construção do genograma da família Silva, foi dada as orientações à paciente quanto à benignidade do quadro de cefaleia, solicitou-se criar um ambiente harmonioso em seu lar estreitando a relação de Kamila com o pai. Foi solicitada uma consulta familiar e visita familiar. Além disso, a equipe acompanhou a alteração de pressão arterial

apresentada com o intuito de realizar o tratamento mais precocemente possível para Hipertensão Arterial Sistêmica, que no caso de Dona Raimunda, foi confirmado após outra medida da pressão arterial alterada tanto no domicílio, quanto na Unidade de Saúde. Com embasamento na literatura atual, foi prescrito antiinflamatório não esterooidal (AINE) para abortar a crise de cefaleia por curto período.

Figura 3 - Genograma da família Silva. Os nomes apresentados no gráfico são fictícios.



Foram consultados um total de 430 artigos, sendo selecionados 24 artigos para leitura. Após a leitura, 11 foram selecionados para a discussão do cenário clínico em equipe.

Os artigos selecionados se tratam de ensaios clínicos randomizados que utilizam o uso de medicações para o abortamento da crise de cefaleia tensional aguda, sempre tendo um grupo placebo como controle. Alguns deles comparam a superioridade dos AINES com os analgésicos, e outros comparam a eficácia dessas medicações isoladamente com o grupo placebo.

Após análise dos artigos, nota-se que tanto os AINES quanto os analgésicos são eficazes no controle da cefaleia tensional aguda e ambos são superiores ao placebo.

Comparativamente, nos estudos revisados, observou-se uma superioridade dos AINES em relação aos analgésicos principalmente no que concerne ao tempo do início do alívio da cefaleia, ressaltando que os analgésicos também se mostraram como medicações com eficácia comprovada para o tratamento.

A equipe recebeu essa abordagem de forma positiva, e a interdisciplinaridade com a família Silva com integração de todos os membros da equipe obteve resultados positivos. Dona Raimunda começou o tratamento da Hipertensão Arterial, está fazendo os exames prescritos pelo profissional médico e faz uso da medicação regularmente, obtendo controle dos valores pressóricos. O quadro de cefaleia permanece parcialmente controlado, com diminuição significativa do uso de medicações sintomáticas e o ambiente familiar está com menos conflitos do que no início da abordagem.

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

Atividades de educação em saúde são recursos que permitem a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado além de contribuírem para o oferecimento de assistência humanizada (SIQUEIRA, 1985). O desenvolvimento de ações educativas com pacientes, seus familiares e junto à comunidade visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde constituem-se em funções dos membros de uma equipe de saúde.

O trabalho grupal pode ser utilizado como estratégia do processo educativo, pois a construção deste acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva. A técnica de trabalho com grupos promove o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania (ALONSO, 1999).

Neste contexto, durante a gestação, a mulher passa por profundas transformações, tanto no âmbito corporal como no emocional e estas são intimamente relacionadas. A implementação de grupos de gestantes é fundamental para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional. O desenvolvimento desses grupos objetiva o atendimento das necessidades originárias das próprias gestantes, seus parceiros e demais membros da família que juntos vivenciam um importante evento familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Em primeiro lugar, a gravidez é um evento do ciclo do desenvolvimento humano que tem um caráter individual já que todas as mulheres o vivenciam de forma diversa. Contudo, a gravidez também é um evento social, envolve o coletivo, uma vez que mobiliza a atenção do meio, no qual a mulher vive e daqueles com os quais esta se relaciona, se estendendo a toda a sociedade (ZAMPIERI, 1998).

Em segundo lugar, a experiência de ter um filho inaugura um momento de extrema importância no ciclo vital da mulher e do homem. O casal e toda a família revivem emocionalmente toda sua história de vida e buscam um novo equilíbrio para se adaptarem às transformações da gravidez, sejam elas, físicas, psicológicas, sociais, as alterações de papéis, de estilo de vida, de relações e de sentimentos. A formação da maternidade e da paternidade envolve, segundo Maldonado (2000), a necessidade de

reestruturação e reajustamento em várias dimensões. Verifica-se a mudança de identidade e uma nova definição de papéis, a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente, e este mesmo processo acontece com o homem. Neste período, as pessoas envolvidas no processo de gestar um bebê têm a oportunidade de crescer e amadurecer. Surge uma nova mulher, um novo ser, um novo pai e uma nova família. A vivência desse processo complexo é facilitada através da participação em grupos, os quais possibilitam maior aprendizagem e desenvolvimento pessoal. O trabalho em grupo favorece a participação dos indivíduos no processo educativo em saúde, através das experiências vivenciadas no seu cotidiano; amplia as possibilidades das pessoas se autoconhecerem e diversificarem mais suas relações, uma vez que um grupo se constrói no espaço heterogêneo das diferenças existentes entre os participantes (SAID, 1995).

Com base no exposto, na Unidade Básica de Saúde (UBS) L 01 na comunidade Valparaíso no bairro Jorge Teixeira da cidade de Manaus, foi criado o Clube da Gestante. Tal atividade se refere a um grupo de gestantes que se reúnem por intermédio da equipe, a cada 15 dias ou a cada semana conforme cronograma e disponibilidade tanto da equipe quanto das gestantes e seus familiares. Neste espaço, fisicamente na própria UBS, são trazidos diversos conhecimentos do saber técnico-biológico por parte da equipe, mostrando através de exposições diversos temas da medicina como modificações fisiológicas do organismo materno, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), aleitamento materno, imunização, cuidados com o recém-nascido, mudanças do organismo no puerpério, assistência ao parto, dentre outros. Além disso, temas do saber comum de cada experiência das gestantes, e familiares como mãe, parceiros ou seus acompanhantes são trazidos e discutidos de forma igualitária.

O Clube da Gestante se faz um espaço de trocas de experiência viva, onde medos e anseios são acolhidos, compreendidos e orientados. Todo o saber é levado em consideração em mais alto nível. Além disso, há momentos de distrações como gincanas de aleitamento materno, *quizes* sobre temas previamente expostos e momentos de interação menos formais.

Com o advento dessas atividades, a equipe percebeu melhoras na adesão ao pré-natal, bem como o interesse de novas grávidas em participar do clube.

Embora o enfoque central do grupo de gestantes não seja a transmissão de informações, surgem diversas situações, durante as atividades realizadas no campo

grupais, em que a quantidade de informações manifestas é substancialmente importante e indispensável de serem trabalhadas no momento vivido pelo grupo, uma vez que emergem deste. Neste sentido, vale lembrar de MUNARI & RODRIGUES (1997, p. 19) quando referem que “embora a informação cognitiva seja condição necessária para a mudança de comportamento, na maioria das instâncias, por si só não é suficiente para alterar a postura dos participantes, frente ao assunto. Poucas pessoas mudam apenas pela informação recebida”. Porém, percebemos que a troca de conhecimentos possui também importante papel na dinâmica grupal, pois os participantes encontram no grupo local onde podem expressar suas dúvidas e buscar a melhor forma de solucioná-las ou não.

Dessa forma, os grupos educativos realizados durante a gestação não devem se restringir à mulher grávida, devendo abranger o companheiro, os familiares e outras pessoas do meio e, considerar as questões socioeconômicas, educacionais, culturais e o contexto, no qual estes estão inseridos. A troca de experiências e conhecimentos propicia à mulher e familiares compreenderem melhor este período da vida, expressarem e elaborarem sentimentos e medos, esclarecerem dúvidas e enfrentarem as dificuldades interiores, preparando-os para a maternidade, paternidade e para a vida (ÁVILA, 1998).

Portanto, mais atividades coletivas como estas, deveriam ser estimuladas, pois agregam valores, tanto no crescimento da gestante e suas famílias, como uma nova experiência profissional para a equipe de saúde como um todo.

4. VISITA DOMICILIAR

O atendimento domiciliar é peça fundamental no cuidado em saúde no território. Na UBS L 01, na comunidade Valparaíso, no bairro Jorge Teixeira da cidade de Manaus, as visitas domiciliares estão inseridas num contexto prioritário na assistência.

A UBS L 01 possui uma área de abrangência de tamanho expressivo, estando localizada em um ambiente de vazio assistencial, fazendo com que grande parte das pessoas da comunidade e seus arredores não estejam cobertos por quaisquer unidades de Atenção Primária. Dessa forma, é comum a equipe de saúde da UBL L 01 atender, tanto no próprio espaço físico da unidade quanto nas residências de pacientes que não estejam cadastrados no território de atuação, pois, muitas vezes, há pacientes críticos que precisam ser acompanhados e avaliados da melhor maneira possível.

As visitas domiciliares são agendadas ou não, sendo este trabalho feito por toda a equipe. Rotineiramente, cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) traz a demanda de visitas da área de sua atuação e as repassa ao profissional médico ou enfermeiro. Além disso, a própria equipe tem registrado os pacientes que precisam de cuidados continuados, sendo estes já previamente agendados nas reuniões de equipe.

As visitas não agendadas se referem às demandas agudas que surgem no cotidiano da comunidade, nas quais, geralmente, o profissional médico é solicitado pelos comunitários. Estas, não são rotina, mas há esse tipo de demanda, como quadros de rebaixamento do nível de consciência, dor torácica, síncope e outros quadros agudos. Sempre são prestados os primeiros atendimentos, e de acordo com a história e quadro clínico o paciente poderá ser apenas orientado e receber prescrição médica, encaminhado a uma unidade de Urgência/Emergência, ou ainda ser internado em ambiente hospitalar.

Em adição, o papel da visita domiciliar vai além de responder às demandas agudas, se fazendo como importante instrumento de vínculo entre o usuário e a unidade, mantendo sólida a Atenção Primária em Saúde. Os vários programas Ministeriais têm suas atividades realizadas por meio da atenção domiciliar. No território da UBS L 01, são feitas visitas em busca de focos de mosquitos e outros vetores transmissores de doenças, são realizados tratamentos diretamente observados no acompanhamento dos

pacientes com tuberculose, e pacientes com doenças crônicas impossibilitados de ir à unidade ou mesmo acamados são acompanhados por todos os membros da equipe.

Como ponto a ser melhorado, destaca-se a falta de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois existe grande demanda por outros profissionais, como fisioterapeutas para os pacientes acamados que necessitam de fisioterapia motora e respiratória, e psicólogos, pois muitos usuários possuem transtornos mentais, com destaque para quadros depressivos, que poderiam ser acompanhados por esses profissionais em parceria com a equipe da UBS.

Durante as visitas, os pacientes e seus familiares que estão presentes são avaliados, observa-se o aspecto do ambiente no qual o usuário está inserido, tanto no que tange ao espaço físico quanto em relação à dinâmica familiar. Poucos procedimentos a equipe consegue realizar por falta de insumos, o que mais se destaca é a administração de medicamentos e curativos, que geralmente são realizados pelos técnicos de enfermagem e enfermeiro.

Portanto, as práticas de atenção domiciliar são de grande importância para o usuário, pois estreitam o vínculo com a unidade, e poupam eventuais internações hospitalares e procedimentos desnecessários, o que diminui o risco de possíveis iatrogenias, ou mesmo de infecções hospitalares, grandes causadoras de morbidade e mortalidade. A equipe da UBS L 01 tem um grande compromisso com os usuários e vê as visitas domiciliares como uma das mais importantes práticas de saúde da atenção primária.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A experiência de atuar em Atenção Primária à Saúde (APS) é fortemente enriquecedora para qualquer profissional de saúde em múltiplos aspectos, tanto clínicos quanto de gestão.

Em primeiro lugar, no campo clínico é possível ter contato com uma variedade imensa de patologias de todas as áreas da medicina. Por ser porta de entrada, o nível primário enriquece o profissional médico, pois ele será o grande delineador das condutas e do nível de atenção ao qual o paciente poderá ser encaminhado ou não. É necessário ter segurança e conhecimento técnico, sendo este último, sem dúvida, adquirido também, ao longo da atuação na Unidade Básica de Saúde e durante os cursos de aperfeiçoamento oferecidos.

Em segundo lugar, ter contato com a comunidade, acompanhar o usuário, a família, o cotidiano e a evolução do território é outra experiência engrandecedora. A proximidade direta com o usuário em sua residência, sejam em medidas curativas, preventivas ou de promoção, estreitam os laços do comunitário com o profissional de saúde, o que torna o vínculo mais sólido e fortalece a coordenação do cuidado, uma vez que as demandas daquele núcleo familiar são observadas de perto pelos membros da equipe de saúde. Nesse aspecto, destaca-se a importância do conhecimento dos instrumentos de avaliação da dinâmica familiar como o genograma, ferramenta que se mostrou valiosa para este entendimento.

Em terceiro lugar, ter associado a esse processo, um Curso de Especialização em Saúde da Família é imensamente válido e produtivo, pois enriquece o saber técnico, oferecendo ferramentas para boas práticas em gestão e embasamento científico para as decisões assistenciais. Além disso, os casos complexos tem sua importância ao retratar, de modo muito claro e adaptado à realidade, os diversos contextos clínicos em que um profissional de saúde está inserido no cotidiano, como a abordagem e manejo em doenças crônicas, situações de violência, promoção e prevenção em saúde, puericultura, condutas em geriatria, saúde da mulher, manejo de doenças infectocontagiosas, além de muitos outros conteúdos. A plataforma de aprendizado oferece conhecimento didático, dinâmico e atualizado, além de fornecer horários flexíveis para conclusão de atividades e leitura do conteúdo, o que facilita a adesão ao curso.

Em suma, a atenção primária faz parte do contexto de atuação de qualquer profissional médico, pois, independentemente do nível de atenção ao qual estiver inserido, sempre irá existir demanda do nível primário. Dessa forma, todo conhecimento em saúde da família e cuidados assistenciais da atenção básica deveria ser de conhecimento de todos os profissionais de saúde. O campo da Saúde Coletiva auxiliou a reconstruir o saber sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e ofereceu informações que nos tornam aptos a gerenciar unidades de saúde e outros níveis de gestão. Já o Núcleo Profissional da especialização, através dos casos complexos, fortaleceu o conhecimento científico em relação às diversas demandas clínicas em APS. A experiência de participar da Atenção Primária e realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família foi de valor inestimável, tanto para o crescimento profissional e técnico quanto para a vida.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, I.L.K. O processo educativo em saúde – na dimensão grupal. *Texto Contexto Enferm.* 1999 Jan-Abr; 8(1):122- 32.
- ÁVILA, A. Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!. São Paulo: Ateneu, 1998. 215p.
- BIGAL ME, BORDINI CA, SPECIALI JG. Intravenous dipyron for the acute treatment of episodic tension-type headache: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Braz J Med Biol Res.* 2002 Oct;35(10):1139-45. Epub 2002 Oct 13.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- DAHLÖF CG, JACOBS LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension-type headache. *Cephalalgia.* 1996 Apr;16(2):117-23.
- HARDEN RN, ROGERS D, FINK K, GRACELY RH. Controlled trial of ketorolac in tension-type headache. *Neurology.* 1998 Feb;50(2):507-9.
- KUBITZEK F, ZIEGLER G, GOLD MS, LIU JM, IONESCU E. Low-dose diclofenac potassium in the treatment of episodic tension-type headache.
- LANGE R, LENTZ R. Comparison ketoprofen, ibuprofen and naproxen sodium in the treatment of tension-type headache. *Drugs Exp Clin Res.* 1995;21(3):89-96.
- MALDONADO, M. T. Psicologia da Gravidez: parto e puerpério. São Paulo: Saraiva, 2000. 229p.

MEHLISCH DR, WEAVER M, FLADUNG B. Ketoprofen, acetaminophen, and placebo in the treatment of tension headache. *Headache*. 1998 Sep;38(8):579-89.

NEBE J, HEIER M, DIENER HC. Low-dose ibuprofen in self-medication of mild to moderate headache: a comparison with acetylsalicylic acid and placebo. *Cephalalgia*. 1995 Dec;15(6):531-5.

PINI LA, DEL BENE E, ZANCHIN G, SARCHIELLI P, DI TRAPANI G, PRUDENZANO MP, LAPEGNA G, SAVI L, DI LORETO G, DIONISIO P, GRANELLA F. J Tolerability and efficacy of a combination of paracetamol and caffeine in the treatment of tension-type headache: a randomised, double-blind, double-dummy, cross-over study versus placebo and naproxen sodium. *Headache Pain*. 2008 Dec;9(6):367-73. doi: 10.1007/s10194-008-0071-5. Epub 2008 Sep 25.

PRIOR MJ, COOPER KM, MAY LG, BOWEN DL. Efficacy and safety of acetaminophen and naproxen in the treatment of tension-type headache. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Cephalalgia*. 2002 Nov;22(9):740-8.

SAID, .F.A. No “ser com”, o cuidar pelo re-significar do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação. Florianópolis, UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

SARTORI, G. S. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem – Vol. 06,num. 02. Goiania, GO.*

SIQUEIRA MM, Casagrande LDR. Noções gerais sobre abordagem sistêmica à ação educativa do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*.1985; 38(1): 63-9.

STEINER TJ, LANGE R. Ketoprofen (25 mg) in the symptomatic treatment of episodic tension-type headache: double-blind placebo-controlled comparison with acetaminophen (1000 mg). *Cephalalgia*. 1998 Jan;18(1):38-43.

VAN GERVEN JM, SCHOEMAKER RC, JACOBS LD, REINTS A, OUWERSLOOT-VAN DER MEIJ MJ, HOEDEMAKER HG, COHEN AF. Self-medication of a single headache episode with ketoprofen, ibuprofen or placebo, home-monitored with an electronic patient diary *Br J Clin Pharmacol*. 1996 Oct;42(4):475-81.

ZAMPIERI, M. de F. M.. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. Florianópolis, UFSC, 1998. 179p.

ZAMPIERI, M. de F. Mota; SANTOS, O. M. B.; CUSTÓDIO, Z. A. de O. Projeto de Extensão: Grupo de Gestantes ou Casais Grávidos, 1996, 2001 e 2002.



PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BASICA

ALLEN DE SOUZA PESSOA

**MONITORAMENTO E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS L01 - VALPARAÍSO**

MANAUS - AMAZONAS

2017

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. O objetivo desta intervenção organizacional é Implementar assistência otimizada ao paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica do território da UBS L01 Valparaíso localizada na Zona Leste da Cidade de Manaus, com auxílio de um mapa contendo o controle de agendamento de consultas na atenção primária e especializada, bem como aspectos clínicos visando o acompanhamento de lesões de órgãos-alvo e controle de medicações em uso por microárea do território adscrito. Espera-se, com esta intervenção, um maior controle dos níveis pressóricos e monitoramento de lesões de órgãos-alvo dos pacientes adscritos, a corresponsabilização do usuário com sua saúde, fomentar a atitude ativa da equipe de saúde perante às condições crônicas, tanto no que tange às ações curativas quanto nas ações de prevenção e promoção da saúde, buscando a atenção integral ao paciente e a coordenação do cuidado.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Atenção Primária à Saúde, Integralidade.

SUMÁRIO

1. Introdução	04
2. Objetivos	06
3. Revisão de literatura	07
3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto da Atenção Primária	07
3.2 Estratificação do risco cardiovascular no paciente hipertenso	09
4. Materiais e métodos	13
4.1 Apresentação do projeto à equipe de saúde	13
4.2 Capacitação da equipe	13
4.3 Pactuação de metas	13
4.4 Levantamento de dados e busca ativa	13
4.5 O mapa do paciente hipertenso e seu preenchimento	14
4.6 Avaliação das ações	15
5. Cronograma	17
6. Recursos Necessários	18
7. Resultados Esperados	19
8. Referências	20
9. Apêndice	22

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais¹⁻⁴.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública¹. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%^{6,7}. Considerando-se valores de $PA \geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos^{5,6}.

No contexto da hipertensão, a cidade de Manaus segue a tendência dos parâmetros nacionais. Dados do Núcleo de Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia) da Secretaria Municipal de Manaus apontam 233.125 pessoas com hipertensão, tomando a estimativa de 20% da população de 20 anos ou mais do município.

Em contrapartida, a UBS L01 localizada na comunidade Valparaíso, no bairro Jorge Teixeira, na zona leste de Manaus, apresenta um número de pacientes hipertensos que chega a ser menos da metade do apresentado pelas estatísticas nacionais e municipais. Várias são as situações que podem justificar essa distanciação do perfil local de hipertensos nessa comunidade, como: baixo conhecimento da população e da equipe de saúde sobre os aspectos da doença, busca ativa insuficiente, não priorização de consultas médicas aos pacientes do grupo de risco, entre outros.

Em acréscimo, os pacientes hipertensos já diagnosticados, enfrentam dificuldades em marcar consultas de acompanhamento, uma vez que o número de consultas médicas disponíveis é pequeno, pelo fato de a UBS L01 contar apenas com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e ser a única Unidade para prestação de assistência aos pacientes do território e da área de abrangência (fora do território) na comunidade Valparaíso. Somado a isso, na unidade, há uma priorização ao paciente com outras queixas em detrimento do paciente hipertenso, que muitas vezes comparece

à unidade apenas para renovação de receitas médicas e aquisição dos medicamentos anti-hipertensivos, o que dificulta o acompanhamento global desses pacientes.

Como recomendado pelo ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº 15 sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, o paciente hipertenso tem direito, no mínimo, a uma consulta semestral, ou seja, pelo menos duas vezes ao ano essas pessoas deveriam ser consultadas pelo profissional médico⁷. Visando atingir este objetivo, esse projeto se propõe a construir um mapeamento do paciente hipertenso no território da UBS L01, planejando a garantia das duas consultas anuais, o controle dos níveis pressóricos, e o monitoramento das medicações em uso, do risco cardiovascular e das lesões de órgãos-alvo na população do território.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implementar assistência otimizada ao paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica do território da UBS L01, com auxílio de um mapa contendo informações de agendamento de consultas e aspectos clínicos relevantes.

2.2 Objetivos Específicos

- Capacitar a Equipe de Saúde da Família sobre o cuidado do paciente Hipertenso na Atenção Primária;
- Monitorar e garantir o número mínimo de consultas anuais do paciente hipertenso;
- Controlar e otimizar medicações anti-hipertensivas em uso para o adequado controle pressórico;
- Acompanhar a estratificação do risco cardiovascular e avaliar a existência de lesões em órgãos-alvo (função renal e fundoscopia);
- Construir mapa com as informações supracitadas por microárea do território.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto da Atenção Primária

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais⁹.

Considerada 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 anos⁹.

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 indivíduos¹⁰.

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 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente⁹. 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 a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos⁴. Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca

hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007¹⁰.

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade.

Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31%, sendo que entre idosos esse valor chega a 68%¹¹.

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 adscrita, 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 medicamentos¹².

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão¹³.

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da

população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família. Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento¹³.

3.2 Estratificação do risco cardiovascular no paciente hipertenso

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas, e para tal estratificação recomenda-se a utilização do escore de Framingham. A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas⁹.

O processo de estratificação possui três etapas. A primeira é a coleta de informações sobre fatores de risco prévios. O Quadro 1 aponta os fatores de risco baixo, intermediário e alto que influenciam na estratificação.

Quadro 1: Fatores de risco prévios. Fonte: Ministério da Saúde, 2010

Baixo risco/ Intermediário	Alto risco	
Tabagismo	AVC (acidente vascular cerebral) previamente	
HAS (hipertensão)	IAM (infarto agudo do miocárdio) previamente	
Obesidade	LESÃO PERIFÉRICA (LOA – lesão de órgão-alvo)	AIT (ataque isquêmico transitório)
Sedentarismo		HVE (hipertrofia de ventrículo esquerdo)
Sexo masculino		Nefropatia
Idade > 65 anos		Retinopatia
História familiar (H < 55a; M < 65a) – evento cardiovascular prévio		Aneurisma de aorta abdominal
		Estenose de carótida sintomática
	DM (Diabetes mellitus)	

Na prática, para se determinar o risco cardiovascular (RCV), deve-se primeiro classificar o paciente segundo seus fatores de risco, podendo fazer parte de um dos três grupos abaixo:

1. Se o paciente apresenta apenas um fator de risco baixo/intermediário, não há necessidade de calcular o RCV, pois ele é considerado como baixo risco CV e terá menos que 10% de chance de morte por acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos 10 anos.

2. Se apresentar ao menos um fator de risco alto CV, não há necessidade de calcular o RCV, pois esse paciente é considerado como alto risco CV e terá mais ou igual a 20% de chance de morte por acidente vascular cerebral (AVC) ou Infarto agudo do miocárdio (IAM) nos próximos 10 anos.

3. Se apresentar mais do que um fator de risco baixo/intermediário, há necessidade de calcular o RCV, pois esse paciente pode mudar para baixo, para alto ou permanecer como risco intermediário.

Abaixo segue o Quadro 2 para classificação do risco cardiovascular daqueles que fazem parte do grupo três.

Quadro 2: Escore de Framingham. Fonte: Current, 2007; Medical Diagnosis & Treatment

HOMENS			MULHERES									
1	idade	pontos	idade	pontos								
	20-34	-9	20-34	-7								
	35-39	-4	35-39	-3								
	40-44	0	40-44	0								
	45-49	3	45-49	3								
	50-54	6	50-54	6								
	55-59	8	55-59	8								
	60-64	10	60-64	10								
	65-69	11	65-69	12								
70-74	12	70-74	14									
75-79	13	75-79	16									
2	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79	Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
	<160	0	0	0	0	0	<160	0	0	0	0	0
	160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
	200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
	240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
	≥280	11	8	5	3	1	≥280	13	10	7	4	2
3		Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79		Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
	Não Fumantes	0	0	0	0	0	Não Fumantes	0	0	0	0	0
	Fumantes	8	5	3	1	1	Fumantes	9	7	4	2	1
4	HDL(mg/dl)	pontos	HDL(mg/dl)	pontos								
	≥60	-1	≥60	-1								
	50-59	0	50-59	0								
	40-49	1	40-49	1								
<40	2	<40	2									
5	PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada	PA sistólica	Pontos se não tratada	Pontos se tratada						
	<120	0	0	<120	0	0						
	120-129	0	1	120-129	1	3						
	130-139	1	2	130-139	2	4						
	140-159	1	2	140-159	3	5						
	≥160	2	3	≥160	4	6						

Após o cálculo de pontos dos fatores de risco, deve-se correlacionar com o percentual de chance de risco cardiovascular nos próximos 10 anos, disponível no quadro 3. Se o cálculo for menor que 10 pontos, será classificado como baixo risco, entre 10 e 20 pontos, risco intermediário, e maior que 20 pontos como alto risco.

Quadro 3: Determinação de risco de evento cardiovascular em 10 anos. Fonte: Current, 2007; Medical Diagnosis & Treatment.

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos	Total de pontos	Risco em 10 anos
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	≥25	≥30
≥17	≥30		

Risco em 10 anos:	%
-------------------	---

Risco em 10 anos:	%
-------------------	---

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção organizacional, onde será feita o monitoramento e sistematização da atenção ao paciente com hipertensão arterial sistêmica do território de abrangência da UBS L01 Valparaíso. O projeto seguirá etapas estabelecidas com o intuito de implementação do mapa do paciente hipertenso relativo a cada microárea do território.

4.1 Apresentação do projeto à equipe de saúde

O projeto será apresentado a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) da UBS. Neste momento, cada etapa da intervenção será apresentada e discutida junto à equipe.

4.2 Capacitação da equipe

Após apresentação do projeto, haverá um momento onde o profissional médico e enfermeiro, em conjunto, capacitarão a equipe sobre o tema hipertensão arterial sistêmica na atenção primária em saúde, por meio de apresentação projetada e roda de conversa, reafirmando o papel de cada membro da equipe no cuidado ao paciente hipertenso, bem como os aspectos clínicos da doença. Objetiva-se que esta etapa seja de caráter contínuo constituindo estratégia de educação permanente.

4.3 Pactuação de metas

Com o embasamento teórico firmado, haverá a pactuação das metas estabelecidas. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pela coleta de dados e preenchimento do mapa, ficando a responsabilidade de supervisão do adequado andamento das atividades a cargo dos profissionais médico e enfermeiro.

4.4 Levantamento de dados e busca ativa

Toda a equipe, em especial os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, fará o levantamento dos pacientes hipertensos já acompanhados na unidade bem como das informações pertinentes ao projeto, com base em revisão de prontuários. Além disso, haverá busca ativa na área e na própria UBS de forma contínua, objetivando-se o diagnóstico de novos casos de hipertensão arterial sistêmica.

4.5 O mapa do paciente hipertenso e seu preenchimento

Este é o ponto central do projeto de intervenção. O instrumento de trabalho projeto trata-se de uma planilha de acompanhamento do paciente com hipertensão arterial por microárea do território da UBS L01 (apêndice). Servirá como instrumento para monitorar de forma organizada a garantia de duas consultas clínicas anuais (uma a cada semestre) com médico generalista, acompanhamento oftalmológico anual, função renal do paciente e medicações anti-hipertensivas em uso, que incluirá os seguintes aspectos:

- **Cabeçalho:** preenchimento de dados como microárea, ACS responsável, ano de vigência;
- **Nome do usuário:** este campo destina-se à identificação do usuário;
- **Data de nascimento e idade:** visando o estabelecimento do perfil etário do paciente hipertenso do território;
- **Número do cartão do SUS:** item necessário devido à grande utilidade para marcação de exames complementares e referenciar a especialistas;
- **Consulta Clínica (1º semestre):** este campo destina-se ao preenchimento da data da primeira consulta, do ano vigente, do paciente hipertenso na UBS. O agendamento da consulta ficará sob responsabilidade de cada agente comunitário de saúde de acordo com a microárea do usuário.
- **Consulta Clínica (2º semestre):** este campo destina-se ao preenchimento da data da segunda consulta, do ano vigente, do paciente hipertenso na UBS. O agendamento da consulta ficará sob responsabilidade de cada agente comunitário de saúde de acordo com a microárea do usuário.
- **Consulta Oftalmológica:** neste campo, será preenchida a data da consulta com médico oftalmologista, como forma de garantir o acompanhamento e identificação de possíveis lesões oftalmológicas decorrentes da retinopatia hipertensiva. O paciente será referenciado através do Sistema de Regulação (SISREG);
- **Estratificação do Risco Cardiovascular:** será preenchido de acordo com a somatória dos pontos obtidos, pelo profissional médico ou enfermeiro, através do cálculo do Escore de Framingham, sendo classificados como de baixo risco, risco intermediário ou alto risco para evento cardiovascular;

- **Função Renal:** preenchida por profissional médico ou enfermeiro através do cálculo do clearance de creatinina por meio da fórmula de Crocoft-Gault (fórmula abaixo). Com isso, haverá um acompanhamento da estabilização ou piora da função renal do paciente. Caso haja necessidade, este será encaminhado a especialista na área de Nefrologia;

$$\text{ClCr} = \frac{(140 - \text{idade}) \times \text{peso (em kg)} \times 0,85 \text{ no sexo feminino}}{72 \times \text{Cr sérica}}$$

ClCr: Clearance de creatinina; Cr sérica: Creatinina sérica

- **Medicações em uso:** campo destinado ao preenchimento das medicações anti-hipertensivas em uso atual;

- **Observações:** campo destinado para quaisquer informações dignas de nota em relação ao acompanhamento do paciente como, por exemplo, óbitos, mudança de endereço etc.

Cada item do mapa poderá ter seu preenchimento efetuado por todos os profissionais da equipe, com exceção do item função renal e estratificação de risco cardiovascular, que ficará a cargo do médico ou do enfermeiro. O mapa terá seu preenchimento constantemente atualizado, registrando-se as mudanças nos aspectos clínicos dos pacientes já acompanhados, bem como a inserção de novos pacientes com o diagnóstico da doença.

4.6 Avaliação das ações

A cada semestre será feita reunião de equipe tendo como tema central a execução das ações desta intervenção. Os profissionais farão a avaliação dos dados alimentados e a verificação dos pontos atingidos, pendências e efetividade do projeto.

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos humanos

Equipe de saúde da família composta por 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2 Técnicos de Enfermagem, 1 Enfermeiro, 1 Médico, 1 Dentista e 1 Auxiliar de Saúde Bucal.

6.2 Recursos materiais

- 1 Resma de papel A4
- Pranchetas
- Canetas cor azul e preta
- Corretivo
- 2 Esfigmomanômetros Aneróides
- 2 Estetoscópios
- 1 Balança digital
- 1 Computador
- 1 Impressora
- Prontuários dos pacientes
- Equipamentos de multimídia
- Formulários para requisição de exames

7. RESULTADOS ESPERADOS

Considerando que a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição crônica e que requer acompanhamento contínuo, espera-se, com esta intervenção, um maior controle dos níveis pressóricos e monitoramento de lesões de órgãos-alvo dos pacientes adscritos do território da UBS L 01 Valparaíso, bem como mudanças para um estilo de vida mais saudável, tendo como prioridade a corresponsabilização do usuário com sua saúde, tornando este o principal ator nesta intervenção.

Em adição, espera-se fomentar a atitude ativa da equipe de saúde perante às condições crônicas, tanto no que tange às ações curativas quanto nas ações de prevenção e promoção da saúde, buscando a atenção integral ao paciente e a coordenação do cuidado.

8. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1-48.
2. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337-362.
3. Documento do Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis no Brasil. Relatório No 32576-BR. 15 de novembro de 2005
4. WILLIAMS, B. The year in hypertension. Journal of the American College of Cardiology, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.
5. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card 2008; 91(1): 31-35.
6. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card 2009; 93(6): 672-678.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
8. 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. : 196. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
9. 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.
10. SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.
11. PICON, R. V. et al. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with MetaAnalysis. PloS ONE, [S.l.], v. 7, n. 10, 2012.
12. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com

hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009.

13. OGEDEGBE, G. Barriers to optimal hypertension control. *Journal of Clinical Hypertension*, Greenwich, v. 10, n. 8, p. 644-646, 2008.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

