

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.



RUTH ANE E SILVA MOY

**VIVÊNCIA MÉDICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA BAIRRO CENTRO-
BARCARENA-PA.**

**Barcarena
2017**

RUTH ANE E SILVA MOY

PORTFÓLIO

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Ivone Andreatta Menegolla

**Barcarena
2017**

SUMÁRIO

| | | |
|---|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 4 |
| 2 | ESTUDO DE CASO CLÍNICO..... | 6 |
| 3 | PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO...12 | |
| 4 | VISITA DOMICILIAR..... | 16 |
| 5 | REFLEXÃO CONCLUSIVA..... | 19 |
| 6 | REFERÊNCIAS..... | 22 |
| 7 | ANEXO 1..... | 24 |

1 Introdução

Iniciei minhas atividades no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) em maio de 2016. Sou natural de Belém do Pará, formada em medicina pela Universidade do Estado do Pará-Uepa em 17/12/2016. Inicialmente trabalhei em unidade de Urgência no Hospital Municipal de Belém- Dr^o Humberto Maradey, unidade de atendimento de média e alta complexidade, posteriormente sendo selecionada pelo programa mais médico para atuar no Município de Barcarena Pará, onde fui alocada na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Pedreira.

O município de Barcarena está localizado na região do Baixo Tocantins, tem área total de 1.310,33 Km², e densidade demográfica de 76,21 hab/Km². O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,662, classificado como médio. Barcarena é distribuída em distritos sanitários, que são zona urbana (sede e vilas) e zona rural (ilhas, rios e estradas), concentrando nesta última a maior parcela da população.

A rede Municipal de saúde Núcleo de Apoio à Saúde da Família está assim distribuída: 25 equipes de Saúde da Família, 12 postos de saúde, 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 03 Unidades de Assistências Hospitalares e 06 unidade de atendimentos especializados.

A UBS da Pedreira especificamente encontra-se em um distritito sanitário da zona urbana, comporta 02 estratégias de saúde denominadas Bairro Novo Centro e Comercial. Atendo as famílias da unidade Centro, no total de 3000 pessoas cadastradas, porém o território de sua cobertura comporta número bem superior, ainda em fase de levantamento. A estratégia tem seus atendimentos distribuídos em programas (hiperdia, assistência pré-natal, crescimento e desenvolvimento e saúde mental) e livre demanda. Neste último grupo, as queixas mais prevalentes são: articulares, gástricas e oftalmológicas.

Grande parte do atendimento relacionado aos programas sem dúvida alguma se refere ao Hiperdia, principalmente o que tange aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Na estratégia Saúde da Família (ESF) Bairro Novo Centro, localizada neste município encontram-se cadastrados 85 hipertensos, o que representa 2,83% do universo das pessoas constituintes do território de abrangência desta unidade,

porém como o cadastramento ainda está incipiente supõe-se que este número esteja bem aquém à realidade. Nos últimos 03 meses em foram diagnosticados 07 novos pacientes. Embora tais resultados revelem um percentual preocupante, percebe-se que são raros os estudos sobre esta patologia neste município.

Neste contexto, os profissionais da Atenção Básica 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 hipertensão. (BRASIL, 2013)

Durante as consultas realizadas na Estratégia Saúde da Família Bairro Novo Centro, observa-se que a principal causa de inadequação de controle de Pressão Arterial está relacionada a não adesão ao tratamento, seja por dificuldade de acesso as medicações, perda de receituário, esquecimento, uso de posologia inadequada, entre outras; além da não realização de algum tipo de atividade física e dieta adequada.

Ressalta-se que a maioria dos pacientes são idosos, os quais demonstram dificuldades ainda maior a adesão necessária, em virtude da resistência em mudança de hábitos de vida, utilização de terapêuticas alternativas características da região em que a população está inserida (como chá de ervas), perda de memória, falta de apoio de familiares e até mesmo estímulo de algumas equipes de saúde, que por ser responsável por uma grande demanda de pacientes por vezes não gera informações suficientes a esses paciente e familiares.

Nesse contexto, demonstra-se como de grande relevância trabalhos, exemplo deste Plano de Intervenção em anexo, realizado no âmbito de educação em saúde, utilizando-se de mecanismos simples que possibilitem o acesso a informações quanto aos riscos inerentes ao uso inadequado à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não medicamentosa, promovendo a acesso a conceitos da patologia, dos medicamentos utilizados, a forma de aquisição dos mesmos, seus efeitos colaterais. Em associação com equipes multidisciplinares, propor hábitos de vidas saudáveis com conseqüentes mudanças no estilo de vida, respeitando a individualidade e necessidade de cada paciente.

2 Estudo de caso clínico

Um caso evidente de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é de Dn^a Raimunda Duarte.

Dona Raimunda é uma senhora de 55 (cinquenta e cinco anos) anos. Como a maioria das famílias do território de abrangência de nossa Estratégia, é de origem ribeirinha e migrou para cidade em busca de novas oportunidades, fixando residência em área de pouca assistência pública, com condições precárias de saneamento básico.

Há 08 meses ao assumir os atendimentos médicos da UBS em que atuo, conheci a paciente. Apresentava-se com cefaleia holocraniana e deveras agitada, no momento com PA: 160 x 90 mmHg, ao exame não apresenta sinais neurológicos focais, inobservando outras lesões de órgãos alvos, sendo prescrito analgesia e retorno em 50 (cinquenta) minutos para nova aferição de sinais vitais e retomada da consulta, conforme diretrizes do caderno de atenção básica nº 37 do ministério da saúde, 2013. Ao retorno, dona Raimunda encontrava-se mais calma e como níveis pressóricos dentro da normalidade (PA: 130 x 80 mmHg). Tratava-se de uma jovem senhora, portadora de HAS, obesa, com manchas causadas por exposição solar, com fâscie sofrida, deambulação cansada. Havia sido transferida de outra UBS, sem o devido remanejamento de seu prontuário, o que vinha ocorrendo com frequência em nossa unidade, apesar de inúmeras solicitações junto aos diversos posto de atendimento de sempre encaminhar os pacientes acompanhados de seus respectivos prontuários, para que possibilitasse o cuidado continuado.

Indagada sobre o que lhe afligia, dona Raimunda informa que não "carecia da Dr^a se preocupar não, que era coisa de família, que ela foi só pegar a receita nova e que não dava para demorar não, que tinha deixado os meninos sozinhos". Então, fui conversando e tentando estreitar o vínculo médico paciente, demonstrando a importância de saber o que estava acontecendo, e que tudo implicava na sua saúde. Aos poucos foi se abrindo. "minha história é longa Dr^a e sei que a fila ta grande, mas vou tentar resumir. Vim do interior muito cedo para tentar a vida aqui na cidade, dei muito duro em casa de família, mas graças a Deus consegui criar meus 05 filhos e hoje estou aposentada. Apesar do esforço, apenas um tomou gosto pelos estudos e hoje é doutor, trabalha na prefeitura com números, mas os outros...ah!!! os outros

não quiseram nada não...as três meninas se meteram tudo com homem que não presta, hoje se encheram de filhos e vivem de bico. Mas ainda vai se vivendo, e as crianças, apesar das travessuras, são os que me dão um pouco mais de felicidade. Ah!!! ..Dr^a, mas o que me dá muita aporrinhação e que acho que faz minha pressão aumentar, é o meu filho mais novo que se meteu com gente errada, usa coisa que não presta, e ta sumido há dois dias”.

De acordo com Dias (2003), a adesão à terapêutica de doenças crônicas, está intimamente associada à relação dos profissionais de saúde com o doente. Assim sendo, é necessário que os primeiros se preocupem em estabelecer um diálogo proveitoso com os doentes, utilizando para isso uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado, atendendo às suas necessidades de esclarecimento, tendo em conta o respeito pelas suas capacidades cognitivas, crenças culturais e situação econômica.

Tentei acalmá-la, dizendo que era importante aquela conversa, que podia contar com toda a equipe da unidade para ajuda-la e que o tratamento com remédios era tão importante quanto o bem estar familiar. Perguntei se havia alguma receita antiga. Ela então puxou de dentro de um plástico uma prescrição de losartana 50mg 02x dia, mas foi logo dizendo que não utilizava de forma regular.

Antecedentes Mórbidos Pessoais (AMP): tabagista de longa data, 02 cesarianas, colecistectomia há 02 anos. Antecedentes Mórbidos Familiares (AMF): Neoplasia de mama na mãe aos 50 anos. Relata também que não pratica atividade física, tão pouco dieta hipossódica. Foi explicado à mesma que seriam necessários alguns exames laboratoriais, e outros de imagens, informada a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, renovada a receita e solicitado uma Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), para acompanhamento do uso da medicação e das medidas comportamentais, retorno em 20 dias para reavaliação, ou antes, se alteração do quadro.

No retorno, a paciente apresenta-se com PA elevada (160 x 100 mmHg) e quando indagada a respeito do uso regular das medicações, dieta e exercício físico, a mesma informa que não esta conseguindo fazer nada, pois esta cheia de problemas, e que nem os exames conseguia agendar. Realizado atendimento de urgência e novamente frisado sobre a importância de adesão ao tratamento.

Fui, então, conversar com a equipe sobre o caso de Dn^a Raimunda, sendo que a Agente Comunitária de Saúde (ACS), Flávia, responsável pela família foi logo informando que tratava-se de um caso difícil, que a mesma já tinha sido daquela estratégia e que nunca tomou remédios de forma correta, que as filhas não querem nada com a vida e que o caçula é metido em bandidagem. Solicitei, então, que agendasse uma visita domiciliar para a semana seguinte, enfatizando a equipe que nosso papel não era julgar, e sim ajudar a paciente no enfrentamento de suas dificuldades e medos.

Para Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Eles têm como propósito produzir mudanças numa determinada realidade e oferecer melhores condições de vida e de saúde à população.

Portanto, a prioridade na organização do sistema de saúde deve ser a atenção integral, incluindo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção aos riscos e agravos e recuperação da saúde.

De acordo com Oliveira (2013), o trabalho em equipe também exige dos profissionais uma mudança de atitude pessoal e profissional, buscando reconhecer suas limitações, encontrar espaços de aproximação entre as diferentes áreas do conhecimento, criar vínculos e soluções criativas para a convivência harmoniosa e produtiva entre os vários saberes na área da saúde.

Dias (2003), ressalta que indivíduos e populações apresentam riscos desiguais de adoecer e morrer. Essa afirmação aponta a importância em identificar problemas prioritários para a população de um espaço territorial e em organizar práticas de produção de saúde integradas que ofereçam resultados significativos no que se refere ao acesso da população ao diagnóstico e à terapia mais adequada a sua condição de saúde.

Em visita domiciliar, buscaram-se dados para confecção do genograma da família de dona Raimunda.

O emprego do genograma, como ferramenta que se presta a ser explicitadora e analisadora dessa experiência, torna visível e inteligível o modo de organização familiar para o cuidado, assim como a busca empreendida junto a serviços e profissionais de saúde, as respostas obtidas e sua efetividade (SOUZA et al, 2016).

O genograma (FIGURA 1) permite visualizar a composição ampliada dessa família, em sua conformação transgeracional, apresentada a partir dos avós de dona Raimunda, sendo assinalados os vínculos afetivos que a mesma mantinha com os membros da família.

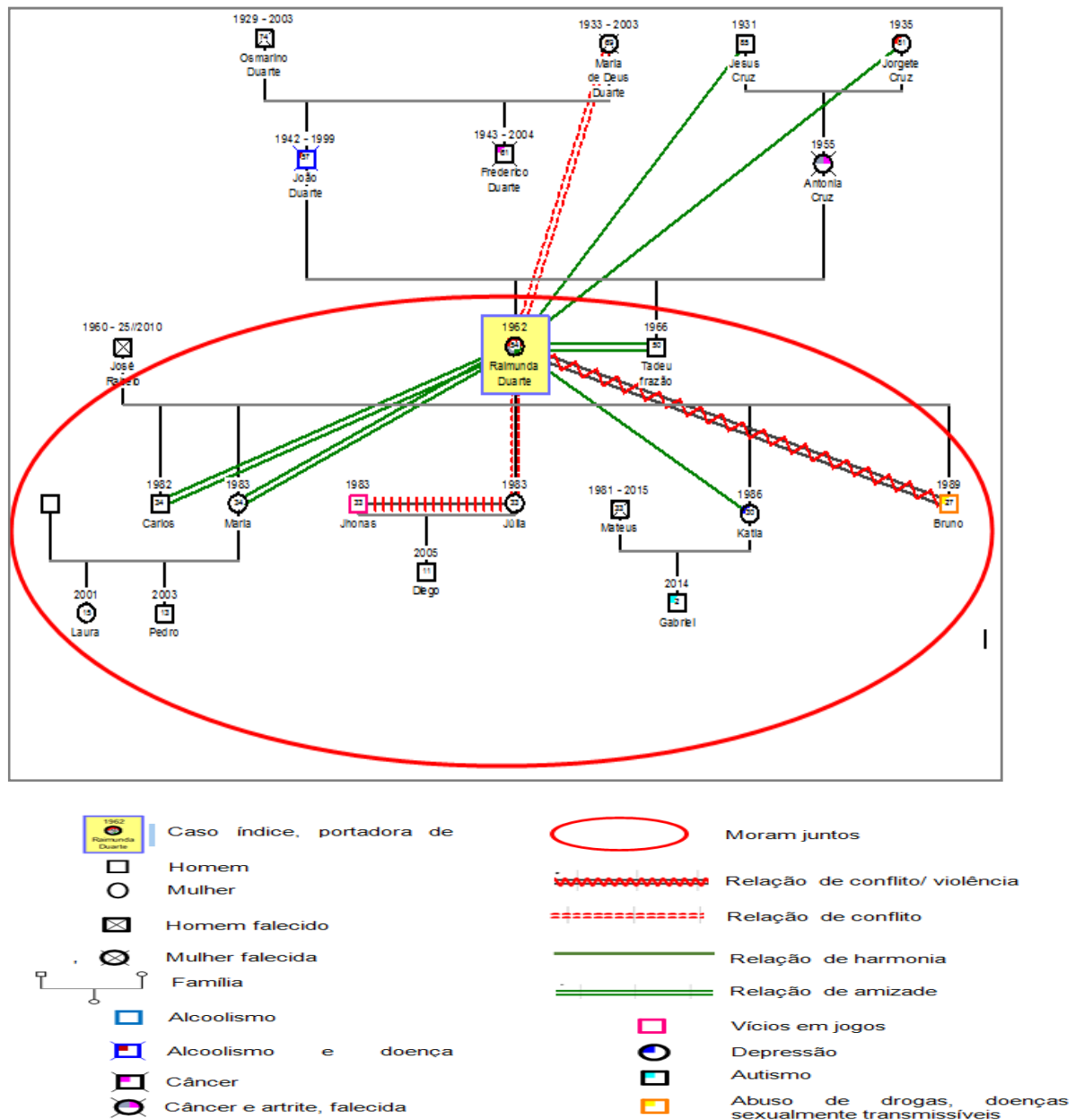
Observou-se que moravam junto a paciente, as 03 (três) filhas (Marta, Julia e Kátia), Jhonas o esposo de Júlia, e Bruno (filho caçula); além dos netos: Laura, Pedro, Diego e Gabriel. A família era constituída de alguns conflitos, conforme demonstrado, sendo que o que mais afligia Dn^a Raimunda era o seu caçula Bruno, usuário de drogas, já havia vendido inclusive utensílios domésticos para alimentação do vício, e no momento encontrava-se desaparecido.

Seus pais já eram falecidos, sendo que a mãe teve sua causa mortis registrada como complicações de neoplasia mamária, o que alertava a equipe para rastreamento em dona Raimunda. Mantinha um relacionamento harmonioso com seus avós maternos, os paternos também já eram falecidos. Relação harmoniosa também mantinha com a filha mais velha, Kátia, a qual lhe proporcionado uma de suas maiores alegrias, o nascimento do netinho, Gabriel, o qual lhe consumia grande parte de seu tempo, por ser portador de autismo, necessitava, assim, de mais atenção que os outros netos - Laura, Pedro e Diego- haja vista que Kátia trabalhava e o menor ficava com dona Raimunda.

Mantinha relação mais próxima e de amizade com o filho mais velho, Carlos, o seu grande orgulho, por haver se formado, no momento morava sozinho e era um suporte financeiro para nossa paciente índice (Raimunda).

Semelhante era a relação com a segunda filha Marta, a qual era sua grande confidente, apesar de nunca ter informado o nome do pai de seus filhos a dona Raimunda, porém já não mais a indagava, pois era uma mãe tão carinhosa para seus filhos, que descobrir aquele segredo não era tão importante, sendo que seus netinhos tinham o tio Carlos como pai, sobrepondo sobre ele a carência da ausência daquela figura familiar, e Carlos, que até aquele momento não havia constituído família, se sentia imensamente feliz, e fazia de tudo para suprir o vazio das crianças.

FIGURA 1. GENOGRAMA FAMÍLIA DE DONA RAIMUNDA



Na ocasião da visita, Raimunda encontrava-se acompanhada dos netos. Verificou-se que estava deveras deprimida com tudo que vinha acontecendo. Pressão Arterial (PA): 160 x 100 mmHg. Apresentou exames laboratoriais demonstrando dislipidemia e elevação das transaminases hepáticas. Na oportunidade foi incluída a sua prescrição, Sinvastatina 20mg:01 x dia e orientado adesão ao tratamento anti-hipertensivo, dieta e exercício físico, sendo solicitado

auxílio junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), disponibilização de apoio psicológico e nutricional.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2017).

Foi orientada a realização de MRPA para controle de PA, participação as terças em grupo de conversa do hiperdia, bem como agendado retorno com 30 (trinta) dias. Além disso, solicitou presença das filhas na Estratégia Saúde da Família (ESF) para uma conversa.

No retorno, Dn^a Raimunda já se apresentava com fâscie mais amena, Pressão arterial controlada. Relatara que o filho apareceu naquele mesmo dia, que o pessoal do NASF a ajudou bastante com palestras e orientações, que o grupo do hiperdia foi ótimo porque viu que não era apenas ela que tinha dificuldades na vida, que passou a tomar os remédios de forma regular, realizar caminhada com a filha mais nova as tardes, e que inclusive o relacionamento dela com as filhas haviam mudado bastante após a conversa que estas haviam tido com a médica e enfermeira.

Bruno foi encaminhado ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e agora tomava uns remédios e já vivia mais em casa, que ainda tinha umas recaídas, mas estava bem melhor. Reforcei a importância da adesão ao tratamento e das medidas de mudança de estilo de vida. Parabenizei a equipe, mas ressaltei que deveríamos nos manter vigilante ao bem estar da família.

3 Promoção de Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção

Ao iniciar as atividades na Estratégia em que fui alocada, percebi a inexistência de um programa voltado à saúde mental, sendo estes pacientes acompanhados pelo Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do município.

Passado alguns meses, fomos informados que nossa estratégia receberia estes pacientes “controlados” e que deveria ser implantado um programa direcionado aos mesmos.

No início houve relutância da equipe, uma vez que a demanda dos outros programas já acumulavam a agenda, além disso, não existia experiência da estratégia com estes pacientes.

Foi então que iniciamos com os colaboradores um estudo aprofundado sobre o assunto, com o intuito principalmente de retirarmos os estereótipos criados acerca destes pacientes e assumindo a responsabilidade sobre os mesmos, praticando a política praticada pela ESF quanto a universalidade, integralidade e longitudinalidade.

De acordo com Olchowsky e Mielke (2010), a ESF e a saúde mental apresentam características que as aproximam enquanto áreas de saber, de prática assistencial e de cuidado, culminando em sua parceria para atingir a proposta de reabilitação psicossocial e de atenção integral. Destaca-se que ambas as áreas preconizam a atenção integral, ou seja, o acompanhamento do usuário ao longo da existência, pautando-se no acolhimento e no vínculo como estratégia de intervenção na saúde, desenvolvendo ações coletivas na comunidade, no território social onde as pessoas se encontram, além de compreenderem o cuidado ao núcleo familiar como foco de atenção.

Pensar a psicologia como parceira da ESF é um convite a pôr em pauta os processos de trabalho em saúde que acontecem no território da ESF e as relações que nele transcorrem. Um convite à reflexão e a problematização das possíveis formas de intervenção local, numa postura criativa para a composição de novos trabalhos, mais consoantes com cada realidade local (CAMARGO E CARDOSO, 2005).

Foi discutida com a equipe a estratégia de abordagem dos pacientes, desde o acolhimento até a consulta médica e a introdução de atividades produtivas.

O acolhimento consiste no primeiro contato do cliente com a instituição e é competência de toda equipe realizá-lo. A partir do motivo da procura pelo serviço é decidida a conduta terapêutica mais adequada a ser adotada (SILVA et al, 2011).

Durante a realização dos acolhimentos, foi possível perceber o quanto essa atividade é fundamental para promover a saúde mental das pessoas que procuram ajuda, garantindo dessa maneira, a manutenção do vínculo destas ao serviço, o que possibilita maior adesão ao tratamento.

Outro aspecto significativo do acolhimento é a possibilidade de conhecer um pouco da história de vida do paciente e o acompanhamento que realizou até o momento ou não. A pessoa chega ao serviço de saúde mental, através de encaminhamentos do CAPS. É preciso salientar que o acolhimento inclui o atendimento humanizado e a resolutividade dos problemas. É uma atividade extremamente relevante, à medida que possibilita identificar as necessidades dos usuários e realizar as intervenções terapêuticas e/ou os encaminhamentos necessários. Além disso, permite aos indivíduos falarem a respeito dos seus problemas e ao profissional compreender a situação vivenciada, cuja primeira conduta consiste em oferecer apoio, escutar atentamente e de modo terapêutico o que é manifestado através da comunicação verbal e não verbal.

Após acolhimento, geralmente realizado pelo setor de enfermagem, os pacientes deveriam ser encaminhados ao atendimento médico, o qual avalia a situação atual do paciente, buscando na anamnese identificar seus medos, ansiedade, necessidades e anseios, daí direcionando ao projeto de apoio mais adequado a cada indivíduo.

Os grupos de apoio ainda encontram-se em formatação, sendo inicialmente levantado a caracterização dos pacientes, tanto epidemiologicamente quanto as afinidades e necessidades pessoais.

Friza-se que a relutância pelo remanejamento dos atendimentos para ESF não limitou-se a equipe, sendo manifestada também pelos paciente. Relatavam que não se sentiam seguros em consultar com um não especialista, além disso está incluso entre outros pacientes os incomodavam, já que antes viviam rodeados de pessoas com enfermidades semelhantes a deles, muitas vezes participavam do mesmo grupo de atividades (costura, pintura, música...).

Não é nada contra a senhora doutora, mas não gostei o que fizeram com a gente, mandaram embora do CAPS...lá me sentia melhor, porque já sabiam de toda minha história, todos tinham praticamente os mesmos problemas, e o médico era o de cabeça. Agora vim para cá, e é uma confusão, e ainda tem os outros, que me olham estranho porque sabem que não bato bem das idéias. (Sra RAIMUNDA DUARTE, paciente da Estratégia Saúde da Família Centro, 2016)

Frente a isso, procurou-se trabalhar o vínculo terapêutico, apontada por Campos (1999), tendo como objetivo realizar um acompanhamento mais próximo dos usuários sob seus cuidados. Contribui, assim, para a avaliação das necessidades de saúde dos usuários e para o estímulo de uma relação de confiança e de vínculo terapêutico entre profissionais e usuários, mesmo que estes estejam sendo atendidos também em outros serviços.

Para Dalla e Martins (2009), a necessidade de cuidar de perto, o uso da conversa como recurso terapêutico (saber ouvir, dar uma atenção especial, atender com calma e paciência), a importância de colocar-se no lugar da pessoa e de tratar a pessoa em sofrimento psíquico como qualquer outra pessoa para que seja possível adquirir confiança e constituir vínculos, entre outras questões assinaladas acima, são viabilizadas por conta da própria forma de organização da assistência suscitada pela estratégia de saúde da família.

Com o passar das consultas foram-se estreitando o vínculo médico paciente, bem como a equipe foi realizando um acolhimento mais voltado a necessidade dos pacientes.

No inicio não gostei muito de vir para esta unidade doutora, mas agora até que to achando que foi uma boa ideia, porque é mais próximo de casa, o pessoal daqui é legal, e sem contar que posso ser consultada junto com os meus meninos, já que a senhora cuida de tudo né?! Até já recebi visita do pessoal daqui quando meu menino tava ruim! (Sra RAIMUNDA DUARTE, paciente da Estratégia Saúde da Família Centro, 2016)

Para nossa surpresa, entre os pacientes transferidos do CAPS esta dona Raimunda, que comparecerá em consulta bem mais alegre, que o habitual, dizendo que estava bem melhor, e que agora só ficaria indo para a estratégia mesmo, e demonstrava-se animada em participar do grupo de reciclagem proposto pela enfermagem, se disponibilizando inclusive a ajudar a criá-lo.

A equipe atualmente encontra-se mais envolvida nas atividades e acolhimento, sendo constantes os treinamentos planejados junto ao CAPS, sendo

ministrados por especialistas, além de ser realizada mensalmente uma rodada de conversa entre os colaboradores para exporem seus pontos acerca do assunto, sempre muito produtivas quanto à troca de experiências.

Segundo Campos (1999), o apoio dos profissionais da equipe matricial para equipe de referência requer disponibilidade e envolvimento para permitir a construção de um atendimento mais singularizado, potencializando um trabalho terapêutico inerente à ideia de estar próximo, de conhecimento dos diferentes profissionais e projetos de saúde. O vínculo refere-se a uma relação de plena confiança, permeada pela responsabilização e pelo compromisso, e se estabelece a partir do momento em que o usuário encontra ajuda concreta para sua necessidade na equipe, que por sua vez, acredita na possibilidade de um desfecho positivo.

Considera-se assim, imprescindível o vínculo e a continuidade da atenção básica e os cuidados em saúde mental, requerendo uma abordagem ampliada, tendo relevada significância a avaliação das condições sociais, as relações intrafamiliares e o apoio social e comunitário a estes pacientes. O acolhimento como recurso terapêutico e o vínculo e continuidade da atenção enquanto possibilidades de ruptura com a exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença têm sido de suma importância no dia-a-dia da equipe, proporcionando um atendimento integral e continuado a estes pacientes.

4 Visita domiciliar/Atividade no domicílio

A atenção domiciliar à saúde constitui a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características. Ela é considerada um componente do continuum dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (GIACOMOZZI e LACERDA, 2006).

Sob esta égide, a Estratégia Saúde da Família Centro, adota a visita domiciliar como um de seus pilares ao cuidado de seus pacientes, com atividades norteadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde, baseado no Caderno de Atenção Domiciliar (2013).

São realizadas semanalmente com agendamento pelos Agentes Comunitários, as quais são avaliadas pela enfermeira e posteriormente repassados para a médica da unidade.

A seleção se dá prioritariamente a pacientes acamados, impossibilitados de comparecer a unidade de atendimento. Outros focos são pacientes faltosos de grupos de riscos como idosos, grávidas, crianças (puericultura) e pacientes de saúde mental. São em média 07 (sete) atendimentos semanais. A oportunidade do atendimento domiciliar proporciona a conhecimento daquela família, ampliando o cuidado e o olhar do tratamento ampliado.

Para Nichols e Schwatz 2007), a família é entendida a partir de suas relações. Todo o contexto social, econômico e político influenciam no bem-estar dela e do indivíduo. A conjunção mais importante pode ser a família nuclear, mas é essencial lembrar que elas não existem em um vácuo. Independentemente de qual membro da família está sendo assistido, é imperativo ter claro entendimento do contexto interpessoal do problema. Quem faz parte desse sistema familiar? Há pessoas importantes para a pessoa ou para a família que não estão presentes?" (BRASIL,2013).

Posteriormente a seleção dos pacientes a equipe se reúne previamente na ESF com discussão do caso clínico e programação de possíveis procedimentos: curativos, aferição de PA, glicemia, educação em saúde, notificações, etc.

Na realização da visita objetiva-se a inserção no núcleo familiar de forma a desenvolver ações e interações com a família, considerando além dos problemas apresentados pelo paciente, os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família. São também realizados trabalhos interdisciplinar, atentando para as mais diversas questões (psicológicas, odontológicas, sociais) e atuar com vista à integralidade de suas ações.

Os aspectos relacionados a vigilância a saúde também é uma constante, haja vista que área em que atuamos é endêmica para algumas patologias, tais como leishmaniose, dengue, tuberculose e outras doenças tropicais. São alvos também das visitas denúncias de maus tratos a idosos, abuso de menores, acidentes ocupacionais, violência a mulheres, entre outros.

Oliveira e Casanova (2009) afirmam que a vigilância da saúde viabiliza a reorientação do processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, busca-se estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como as assistenciais-reabilitadoras, valendo-se de conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade^{16,17}. Nesse caminho, a vigilância da saúde necessita estar apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde.

Durante a visita, quando necessário, são realizados procedimentos, geralmente em acamados, como curativos, troca de sondas, hidratação venosa, entre outros. A educação em saúde também é abordada, principalmente a concernente a prevenção, sendo orientadas medidas higienodietéticas, prática regular de exercício físico, proteção contra arboviroses (uso de telas, mosquiteiros, evitar água parada), cuidado com animais domésticos, orientação sobre sinais de alerta de algumas doenças (principalmente febris e infecto contagiosas).

Atenção especial é direcionada aos chamados "cuidadores". Na maioria das vezes responsáveis por idosos. Este pode ser uma pessoa da família ou afim, sem

formação na área da saúde, que está cuidando do ente familiar, ou ainda, como uma pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência por meio do cuidado às pessoas doentes, e fez desse cuidado uma ocupação informal.

5 Reflexão Conclusiva

A preocupação do sistema público na formação de profissionais para atuarem no sistema público de saúde do Brasil é um grande avanço na qualidade dos serviços prestados, principalmente a populações mais carentes e localizadas em municípios distantes. Proporciona também a integração ensino-serviço, muitas vezes ignorada ou insuficiente durante a formação acadêmica, além de demonstrar a aplicação de princípios instituídos pelo SUS, bem como a ênfase no processo de prevenção e descentralização em detrimento as práticas medicamentosas curativas centradas na pessoa.

Na visão de Ceccim e Bilibio (2002) a concepção medicalizadora da saúde ocupou, e ainda ocupa um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica e na imagem do trabalho em saúde, e tem influências da estruturação do ensino médico brasileiro pós-segunda guerra mundial diretamente influenciado pelo modelo Flexner empregado nos Estados Unidos.

Os casos clínicos abordados no curso demonstram situações comuns ao cotidiano vivenciado nas Estratégias de Saúde da Família, e através de suas ferramentas (exercícios, fóruns, links de pesquisas, etc) permitem a ampliação do conhecimento acerca do assunto e troca de experiências entre os profissionais. Entre eles o relacionado ao manejo de crianças portadoras de doenças congênitas, permitiu ampliar meus conhecimentos sobre o aconselhamento familiar.

Os relacionados a doenças crônicas também modificaram nosso cotidiano, com a aplicação dos tratamentos não medicamentos (dieta e atividade física) anteriormente ao medicamentoso, que antes era introduzido primariamente, uma vez que não se valorizávamos tal prática, hoje permitida através de grupos de apoio (palestras, orientações, etc) e atividades físicas semanais praticadas no entorno da ESF com apoio do NASF.

O curso abrangeu também reflexões sobre o modo como atuar, condicionando uma nova perspectiva sobre a saúde, visando uma atenção integral, porém individualizada, específica a cada situação exposta pelas famílias, dentre seus conflitos internos e externos, ao ambiente em que vivem seu processo de

adoecimento e cura, levando a estes instrumentos de prevenção e controle de comorbidades.

De acordo com Fraga e Wachs (2007), o novo perfil profissional desejável leva em consideração uma atenção à saúde mais complexa e integral, visando à promoção do autocuidado, sem ignorar os processos sociais, formativos e educativos. Existe a necessidade de perspectiva e de ambiente de saúde, a rotina do cuidado deve sair do ambiente hospitalar e ser inserido nos espaços sociais, envolvendo a complexidade do processo determinante da saúde e desvinculam a visão de saúde apenas dos aspectos biológicos.

Tais ensinamentos ajudaram-me a rever minha atitude quando ao acolhimento das demandas dos pacientes, uma vez que o número de atendimentos é excessivamente grande a consulta geralmente era corrida, direcionada a queixa principal em detrimento do atendimento integral. Hoje a agenda é compartilhada sendo revisto o tempo de cada consulta.

Uma importante ferramenta para abordagem familiar, explanada no curso, foi o genograma, o qual pode ser utilizado como instrumento auxiliar na prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo uma visão ampliada dos padrões e relações familiares que envolvem o processo saúde-doença. Apresenta-se como uma estrutura prática para a compreensão da dinâmica familiar, em que são registradas sobre os componentes familiares e suas relações, possibilitando a compreensão dos problemas clínicos familiares, sociais, ambientais ao longo do tempo e das gerações.

O projeto de intervenção, direcionado a melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para os pacientes cadastrados no programa hiperdia permitiu a estes um novo olhar sobre sua patologia, adquirindo conhecimentos, melhorando consideravelmente a adesão dos mesmos. Quanto aos profissionais possibilitou melhorar o manejo destes pacientes e entender seus medos, desejos e necessidades, pontos primordiais no aperfeiçoamento da relação médico paciente, com conseqüente humanização do atendimento.

Desta forma, o curso abordou aspectos de suma importância na aplicação do dia-a-dia na Estratégia Saúde da Família em que atuo, proporcionando qualidade no atendimento, manejo dos pacientes e atendimento humanizado.

A prática clínica permitiu a aplicação da teoria adquirida, evidenciando-se a relevância da clínica ampliada e compartilhada, na medida em que viabiliza a participação ativa do sujeito, e conseqüentemente sua autonomia no processo de saúde e doença, contribuindo para o alcance de um serviço integral, universal e com a resolutividade prevista para esse nível de atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Portal da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde de Família (NASF)**.

Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>

http://arcarea.fiocruz.br/bitstream/icict/15630/1/livro_NASF-Mod5.pdf

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. Acessado em 12 de fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, 2013.

CAMARGO, C., CARDOSO, C.L; “A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres”. Ribeirão Preto: **Psic. e Soc.** 2005, v. 17, p. 23-32.

CAMPOS, G.W.S.; Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. São Paulo: **Hucitec**; 1999. p.29-88.

CECCIM, R.; BILIBIO, L. F. S. Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. **In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M.S. (Org.)**. Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa. 2002.

DALLA, V.M., MARTINS, S.T.F.; O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. Natal: **Est. de Psic.** 2005, v.11(2), p.159-168.

DIAS, M.A.S. **Intersetorialidade: um olhar da saúde**. Revista eletrônica mensal da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Belo Horizonte, Nov. 2003. ed. 23.

Disponível em:

<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/novembro2003/intersetorialidade>.

FRAGA, A.B; WACHS, F. Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. **Ed. UFRGS**.Porto Alegre, 2007.

FLORIANO, L.A; ET AL. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia Saúde Família. **Rev. Enferm.** Florianópolis, vol.21, pag. 543-8, set. 2012.

GIACOMOZZI, C.M; LACERDA, M.R. A prática assistencial dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm.** Florianópolis, vol.15, pag. 645-53, dez. 2006.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde**. pag. 549.Brasília, 2011.

OLCHOCUSKY, A., MIELK, F.B; Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. Brasília: **Rev. Bras. Enferm.**, 2010, v. 63-6, p. 900-7.

OLIVEIRA, C.M; CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Rev. Ciencia e Saúde Coletiva**. Brasília, vol. 14, pag. 929-36, dez. 2009.

OLIVEIRA, F. R. et al. **Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul**. Campo Grande: Fiocruz, 2013.

SILVA, P.A., et al; Reflexões acerca das vivências de acadêmicos do curso de graduação em enfermagem em serviço de saúde mental: relato de experiência. Rio Grande: **Vitalle**, 2011, v. 23 (2), p. 11-18.

SOUZA, I.P. et al. Genograma e ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adoecimento crônico de jovem. **Rev. Texto e contexto de enferm**.n. 4, pag. 25, Santa Catarina, 2016.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Projeto de Intervenção

Estímulo à adesão terapêutica anti-hipertensiva em uma unidade da Estratégia Saúde da Família de Barcarena - PA.

**Barcarena
2016**

RESUMO

Introdução: As Doenças Cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de mortalidade no mundo. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por sua vez, é um dos fatores de risco mais importantes para desenvolvimento das DCV. Neste contexto, os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Observa-se que a principal causa de inadequação de controle de PA está relacionada a não adesão ao tratamento, e que apesar disso poucos são os trabalhos realizados acerca do assunto, justificando a realização deste estudo.

Objetivo: Estimular a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados no programa Hiperdia da Estratégia Saúde da Família Bairro Novo Centro, localizado no município de Barcarena-Pa. **Método:** Caracterização dos hipertensos através da pesquisa de prontuários, educação em saúde (palestras e oficinas) e atividades ao ar livre. **Resultados esperados:** Aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico e não farmacológico.

Palavras-Chave: Hipertensão, Assistência ambulatorial, Planos e programas de saúde.

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 4 |
| 2 | PROBLEMA..... | 6 |
| 3 | JUSTIFICATIA..... | 7 |
| 4 | OBJETIVO | 8 |
| 5 | REVISÃO DE LITERATURA | 9 |
| 6 | MÉTODO..... | 13 |
| 7 | CRONOGRAMA..... | 15 |
| 8 | RECURSOS NECESSÁRIOS..... | 16 |
| 9 | RESULTADOS ESPERADOS..... | 17 |
| 10 | REFERÊNCIAS..... | 18 |

1 Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de mortalidade no mundo. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por sua vez, é um dos fatores de risco mais importantes para desenvolvimento das DCV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Grande são os esforços para o controle e manutenção pressóricos pelas equipes de saúde, porém ainda detecta-se baixa adesão à terapêutica, tanto farmacológica quanto não farmacológica demonstrando-se como um importante desafio a ser superado.

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 (WILLIAMS, 2009), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (BRASIL, 2009).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). O controle inadequado associasse frequentemente com lesões de órgãos alvos, comum quando realizamos rastreamento em nossos pacientes que em sua maioria já apresentam cardiopatias, diminuição da taxa de filtração renal e ainda retinopatias.

Observa-se que há o esforço de campanhas educativas pelos colaboradores de saúde com intuito de frear essa patologia, porém, infelizmente estudo realizado em 2015 pela American Heart Association, denominado Heart Disease and Stroke Statistics (Estatísticas sobre doenças cardíacas e infartos), demonstrou que durante a última década pesquisada, de 2001 a 2011, a taxa de morte por hipertensão, em mais de 190 países pesquisados, aumentou 13,2%.

Dentre os países pesquisados registrou-se que o Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e hipertensão arterial, entre homens e mulheres de 35 a 74 anos. Rússia está em primeiro lugar com 1.639 (entre 100 mil pesquisados); Ucrânia em segundo, com 1.521; Romênia em terceiro, com 969; Brasil em sexto, com 552; e Estados Unidos em décimo, com 352.

Dados epidemiológicos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde para a cidade de Barcarena –Pará, revelaram que no ano de

2013 foram registrados 2626 casos novos de portadores de HAS. Na estratégia Saúde da Família (ESF) Bairro Novo Centro, localizada neste município encontram-se cadastrados 85 hipertensos, o que representa 2,83% do universo das pessoas constituintes do território de abrangência desta unidade, porém como o cadastramento ainda está incipiente, supõe-se que este número esteja bem aquém a realidade. Nos últimos 03 meses em foram diagnosticados 07 novos pacientes. Embora tais resultados revelem um percentual preocupante, percebe-se que são raros os estudos sobre esta patologia neste município.

Neste contexto, os profissionais da Atenção Básica 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 hipertensão. (BRASIL, 20130)

Durante as consultas realizadas na ESF Bairro Novo Centro, observa-se que a principal causa de inadequação de controle de PA está relacionada a não adesão ao tratamento, seja por dificuldade de acesso as medicações, perda de receituário, esquecimento, uso de posologia inadequada, entre outras; além da não realização de algum tipo de atividade física e dieta adequada.

Ressalta-se que a maioria dos pacientes são idosos, os quais demonstram dificuldades ainda maior a adesão necessária, em virtude da resistência em mudança de hábitos de vida, utilização de terapêuticas alternativas características da região em que a população está inserida (como chá de ervas), perda de memória, falta de apoio de familiares e até mesmo estímulo de algumas equipes de saúde, que por ser responsável por uma grande demanda de pacientes por vezes não gera informações suficientes a esses paciente e familiares.

Nesse contexto, a importância deste trabalho se dá em função da real possibilidade de modificação da realidade destes pacientes, através de educação em saúde, acesso a conceitos da patologia, dos medicamentos utilizados, a forma de aquisição dos mesmos, seus efeitos colaterais. Em associação com equipes multidisciplinares, propor hábitos de vidas saudáveis com conseqüente mudanças no estilo de vida, respeitando a individualidade e necessidade de cada paciente.

2 Problema

Grande proporção de não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em pacientes cadastrados no programa hipertensão mantido pela Estratégia Saúde da Família do Bairro Novo- Centro do município de Barcarena-Pa.

3 Justificativa

Demonstra-se como de grande relevância para adesão ao tratamento anti-hipertensivo em populações suscetíveis, trabalhos realizados no âmbito de educação em saúde, utilizando-se de mecanismos simples que possibilitem o acesso a informações quanto aos riscos inerentes ao uso inadequado a terapêutica, seja ela medicamentosa ou não medicamentosa, promovendo a acesso a conceitos da patologia, dos medicamentos utilizados, a forma de aquisição dos mesmos, seus efeitos colaterais, além de mudanças de estilos de vida os quais impactam diretamente na qualidade de vida dos mesmos.

4 Objetivo

4.1 Objetivo Geral

Estimular a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados no programa Hipertensão da Estratégia Saúde da Família Bairro Novo Centro, localizado no município de Barcarena-Pa.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os pacientes cadastrados no programa de controle da pressão arterial sistêmica usuários do Hipertensão da Estratégia Saúde da Família Bairro Novo Centro, localizado no município de Barcarena-Pa.
- Identificar as pessoas com dificuldade na adesão à terapêutica anti-hipertensiva.
- Promover e articular ações educativas, focando na etiologia, evolução e tratamento, com o intuito de sensibilizar os usuários, portadores de descontrole pressórico, para hábitos de vida saudáveis como reeducação alimentar e prática de atividades físicas, associado a utilização adequada da terapia medicamentosa.
- Estreitar a relação médico paciente.

5 Revisão de Literatura

5.1 Conceito

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença caracterizada pelo aumento da pressão arterial nos vasos sanguíneos, permanecendo acima dos níveis definidos como normais. Tem caráter multifatorial e, embora predomine na idade adulta, pode apresentar seus primeiros sinais ainda na infância ou na adolescência (SALGADO e CARVALHES, 2003).

5.2 Epidemiologia

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (BRANDÃO et al, 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 (WILLIAMS, 2009), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (BRASIL, 2009).

Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (BRASIL, 2009).

A HAS atinge cerca de 30% da população adulta no mundo, nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento. No continente americano, a síndrome afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ser portadora da doença por não apresentar sintomas e não sentir a necessidade de procurar o serviço de saúde. Das que se descobrem hipertensas, 30% não realizam o tratamento adequado por falta de motivação ou de acesso aos serviços de saúde (PINTO et al, 2011).

5.3 Etiologia

Galvagni et al (2010) diferenciam a HAS em dois tipos distintos: primária e secundária. Na hipertensão primária não há uma causa definida, apesar de estar, geralmente, ligada a predisposição genética. Já em relação à secundária é possível

determinar a causa desse aumento pressórico, destacando-se as nefropatias, o diabetes, a apneia obstrutiva do sono, os tumores das glândulas suprarrenais e a estenose das artérias renais.

A HAS primária é a etiologia mais comum em crianças mais velhas e adolescentes. Geralmente a hipertensão é leve (estágio 1) e está associada à história familiar de HAS e excesso de peso. Já a secundária é mais frequente em crianças de menor idade, geralmente pré-escolares e em hipertensos estágio 2 (RAJ e KRISHNAKUMAR, 2013).

5.4 Fatores de Risco

a) Idade

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

b) Gênero e etnia

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década (CESARINO et al, 2008). Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

c) Excesso de peso

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no IMC acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (BRANDÃO et al, 2010).

d) Ingestão de sal

Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não

foram encontrados casos de HAS. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado (CONEN et al, 2009).

e) Ingestão de álcool

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas (SCHERR e RIBEIRO, 2009).

f) Sedentarismo

Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

g) Fatores socioeconômicos

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida (CONEN et al, 2009). No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (CESARINO et al, 2008).

h) Genética

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

i) Outros fatores de risco cardiovascular

Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (CESARINO et al, 2008).

5.5 Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento incorre em um dos maiores desafios a ser superados pela equipe de saúde que auxiliam os pacientes hipertensos.

A adesão, segundo Leite e Vasconcelos (2003), corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. No entanto, são inúmeras as dificuldades apontadas pelos pacientes tais como lapso de memória, término do da medicação, perdas das consultas agendadas, vencimento das

receitas, ausência de medicação nas farmácias de dispensação, dificuldade financeira, polifarmácia, inadequada relação médico-paciente, dificuldade de acesso a serviços para a prática de atividade física, insuficiência financeira para a obtenção de alimentos mais saudáveis, entre outros.

As políticas públicas e seus programas de prevenção para a doença não serão eficazes se não houver a adesão por parte do indivíduo. Tal adesão se apoia em três fatores: consciência do problema que enfrenta, desenvolvendo comprometimento com a medida terapêutica, incentivos e esclarecimentos dos profissionais de saúde e apoio familiar. (CARVALHO et AL, 2012)

Assim torna imperioso o estudo de manejos adequados a esta população, incentivando o uso adequado das medicações assim como a prática de hábitos saudáveis.

6 Metodologia

A caracterização dos pacientes hipertensos cadastrado no programa hiperdia se dará através da verificação de prontuários dos mesmos com intuito da coleta de dados tais como sexo, idade, escolaridade e tempo de diagnóstico.

Durante as consultas médicas e de enfermagem agendadas serão verificados os pacientes cujo tratamento não tenha sido realizado de forma regular, questionando os principais motivos que os levaram a tal fato. Neste momento será enfatizada a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e principalmente informar/convidar para as atividades educativas a serem realizadas na unidade.

Dentre estas atividades inclui-se reuniões mensais a serem executadas na Estratégia Saúde da Família Bairro Novo Centro, e contará com o apoio de todos os membros das equipes, entre os quais médicos, enfermeiro, técnicos em enfermagem e agentes comunitários em saúde. Nesta oportunidade serão realizadas palestras com o tempo máximo de 45 (quarenta e cinco) minutos, abrangendo assuntos referentes a etiologia, evolução e tratamento da hipertensão arterial, com o intuito de sensibilizar os usuários, portadores de descontrole pressóricos, para hábitos de vida saudáveis como reeducação alimentar e prática de atividades físicas.

Após cada palestra será disponibilizado o tempo de 30 (trinta) minutos para uma roda de conversa, onde os pacientes serão incentivados a relatarem suas experiências e dificuldades frente à doença.

Serão realizadas também oficinas de reeducação alimentar com o apoio de nutricionista com a demonstração de receitas hipossódicas.

Haverá ainda encontros ao ar livre com atividades como alongamento e caminhadas com o intuito de estimular a prática de exercícios físicos.

Ressalta-se que tais eventos serão divulgados nas consultas médicas e de enfermagem, além de panfletos a serem distribuídos pelos agentes comunitários em saúde e na recepção da unidade. Também será fixada em local de grande circulação na unidade de cartazes alusivos a tais atividades.

Terá como alvo pacientes hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento. O objetivo é compartilhar experiências de sucesso inclusas no cotidiano

dos pacientes com controle pressórico controlado demonstrando a possibilidade de realização das mesmas pelos hipertensos descompensados.

7 Cronograma

| Procedimento | N | D | J | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | ov | ez | an | ev | ar | br | aio |
| Busca de informações em prontuários | x | | | | | | |
| Treinamento equipe | x | | | | | | |
| Consultas médicas | | x | x | | | | |
| Reuniões /palestras | | x | x | | | | |
| Atividade ao ar livre | | x | x | | | | |
| Oficina de reeducação alimentar | | x | x | | | | |
| Tratamento de dados | | | | | | | |
| Redação do trabalho- Apresentação | | | | | | | |

8 Recursos Necessários

8.1 Recursos Humanos

- ✓ Sala para realização de grupos;
- ✓ Médico;
- ✓ Enfermeiro;
- ✓ Téc/Aux. Enfermagem;
- ✓ Agentes Comunitários de Saúde;
- ✓ Nutricionista;
- ✓ Recepcionista;
- ✓ Educador físico;

8.2 Recursos Materiais

- ✓ Equipamento de multimídia;
- ✓ Equipamentos de atividade física;
- ✓ Materiais de cozinha para oficinas de reeducação alimentar;
- ✓ Canetas;
- ✓ Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- ✓ Listas com pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hiperdia;
- ✓ Boletins de atendimento coletivo;
- ✓ Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

9 Resultados Esperados

- ✓ Reduzir o abandono do tratamento farmacológico anti-hipertensivo;
- ✓ Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- ✓ Compartilhamento de vivências e conhecimentos;
- ✓ Acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente;
- ✓ Ampliar o conhecimento dos pacientes quanto a sua patologia e a consequência da não adesão ao tratamento;
- ✓ Fornecer receitas saudáveis fomentando o incentivo a reeducação alimentar;
- ✓ Incentivar a prática de exercícios físicos
- ✓ Ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões;

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, A.A. et al. Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **J. Bras. Nefrol.**, v.32, n.1, set, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: MS, 2009. p. 337-362.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Hipertensão Arterial: Veja número de hipertensos por cidade do Brasil, Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.deepask.com/goes?page=Confira-os-numeros-da-hipertensao-arterial-no-seu-municipio>. Acessado em: 01 de agosto 2016.

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. Cadernos de Atenção Básica, Brasília: MS, 2013.

CARVALHO, A.L.M. et. AL. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. Saúd. colet.** v.17, n.7, p.1885-1992, jan, 2012.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.91, n.1, p.31-35, jul, 2008.

CONEN, D. et al. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. **Eur. Heart J.**, v.30, n.11, p.1378-1384, jun, 2009.

GALVAGNI, E.D. et al. Estudo epidemiológico de hipertensão arterial: uma revisão bibliográfica, Brasil, 2010. Disponível em

https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_13_1306271983.pdf. Acessado em 03 setembro 2014.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cien. Saud. Colet.** v.8. n.3, p.775-782, out, 2003.

MOZAFFARIAN, D. et al. Heart Disease and Stroke Statistics. **Circulation**, v.27, n.131, p.29-322, jan, 2014.

PINTO, S.L. et. al. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n.6, p. 1065-1076, jun, 2011.

RAJ, M.; KRISHNAKUMAR, R. Hypertension in children and adolescents: epidemiology and pathogenesis. **Indian J. Pediatr.**, v.80, n.1, p.71-76, mar, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, p.1-51, 2010.

SALGADO, C.M.; CARVALHAES, J.T.A. Hipertensão arterial na infância. **J. Pediatr.**, v.79, n.1, p.15-24, 2003.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J.P. Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.93, n.3, p.54-56, set, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, p.1-48, fev, 2006.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **J. Am. Coll. Cardiol.**, v.55, n.1, p.65-73, dez, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight, Swiss, 2009.

Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.

Acessado em: 02 de agosto 2016.