

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 ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

WAGNER ABREU SANTOS

RASTREIO E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS

MAUÉS -AM

2017

WAGNER ABREU SANTOS

RASTREIO E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS

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

MAUÉS -AM

2017

Sumário

1 Introdução	4
2 Estudo de Caso Clínico	6
3 Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças	9
4 Visita Domiciliar.....	11
5 Reflexão Conclusiva	13
Referências Bibliográficas	15
Anexo I – Projeto de Intervenção	16
Outros Anexos	33

1. INTRODUÇÃO

O Projeto de Intervenção abordou sobre a organização do cuidado de pacientes hipertensos do ESF urbano, localizado no Município de Maués, interior do Estado do Amazonas, projeto elaborado por mim, Wagner Abreu Santos, formado pela Universidade Nilton Lins em 2015, atuando na UBS Santa Luzia, ESF Urbano de Maués/AM no ano de 2016. O projeto se deu devido a falta de participação destes usuários hipertensos e busca de tratamento, por diversos fatores que serão explanados neste trabalho, identificados por observações diretas realizadas no próprio local.

A estratégia do projeto de intervenção veio justamente visando aumentar a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle, oferecendo os cuidados essenciais para pacientes que são hipertensos. Já que a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequados aos portadores de HAS e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, são elementos indispensáveis para o sucesso do controle desses agravos, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas (CASTRO et al, 2010).

A hipertensão arterial é um dos fatores de risco (FR) para as doenças cardiovasculares (DCV), e pela extensão do dano que poderá propagar, um dos maiores desafios ao tratamento da hipertensão arterial é a não aderência à terapia por partes de tais pacientes.

Trata-se uma doença que pode ocorrer em qualquer idade e em diversas situações, embora aumente sua prevalência e magnitude com a idade. Normalmente a descoberta da hipertensão arterial se dá de modo quase acidental, porquanto ela se desenvolve de forma insidiosa, assintomática e silenciosa. Desse modo, a verificação da pressão arterial é a única maneira pela qual se pode diagnosticar precocemente a doença. Isto faz com que apenas 50,8% das pessoas hipertensas brasileiras reconheçam sua doença. Destas 40,5% se encontram em tratamento, e apenas 10,4% com os níveis pressóricos controlados (<140/90 mmHg) (V DIRETRIZES, 2006).

O trabalho realizado pelas unidades básicas de saúde do Município de Maués, tem a responsabilidade de proporcionar essa atenção primária de saúde,

dando os primeiros procedimentos necessários ao bem estar da saúde da população. E nesta primeira etapa do trabalho desenvolvido, percebeu-se a dificuldade na organização da demanda de tais doenças crônicas, como a hipertensão.

A implantação deste projeto de intervenção busca garantir uma maior eficiência e eficácia justamente nessa reorganização da atenção aos pacientes que sofrem de hipertensão arterial, viabilizando e incorporando intervenções que atendam às necessidades básicas individual e coletiva da comunidade da cidade de Maués, tendo em vista, ter sido uma das causas mais importantes de redução da qualidade e expectativa de vida. Além disto, representa 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% por doença arterial coronariana, podendo vir a provocar complicações renais e vasculares periféricas (BRASIL, 2006; V DIRETRIZES, 2006).

A finalidade que se espera alcançar investindo na prevenção de complicações das pessoas que tem hipertensão arterial, é propiciar uma melhoria na qualidade de vida e evitar a hospitalização e sofrimento destes hipertensos e de sua família, revertendo a baixa adesão ao tratamento.

A divulgação de informações da doença também tem um papel fundamental, pois a partir da propagação destes saberes, motivará a mudança de comportamentos prejudiciais destas pessoas, eliminando possíveis preconceitos pelo tratamento e que é possível ter uma excelente qualidade de vida seguindo corretamente o tratamento adequado.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

A paciente M. S. G., nascida em 12 de outubro de 1972, 74 anos, viúva, aposentada, natural de Careiro da Várzea, procedente de Manaus-Am, com residência atual em Maués-Am, apresentou no dia 12 de março de 2017, na UBS Santa Luzia da referida cidade, o seguinte Diagnóstico: **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS TIPO 2, FIBRILAÇÃO ATRIAL, HIPONATREMIA SINTOMÁTICA.**

A anamnese de sua primeira consulta apresentou:

Triagem: PA: 190x110 mmHg, Dextro: 212 mg/dL, TAX: 36,9

Queixa Principal: “Cansaço, vômito e desmaio”

História da Doença Atual: Paciente refere que há dois meses iniciou um quadro clínico de paresia de membros inferiores, relatou progressão do quadro, onde, há oito dias atrás procurou o Hospital Dona Francisca, onde foi diagnosticado uma hiperglicemia de 300, PA 160x100mmHg, foi medicada, porém, foi evoluindo com piora dos sintomas. Há quatro dias refere que teve episódios de vômitos pós-landiaais (por dois dias apenas), crise de amnésia e desorientação, quando procurou novamente Hospital Dona Francisca teve dois episódios de síncope, um antes de chegar e outro quando chegou e, foi levada para sala de reanimação, onde foi feito um eletrocardiograma e constatado uma bradicardia de 30bpm, após internação evoluiu com melhora do quadro apresentado e encaminhada ao posto de saúde para seguimento e controle da HAS, DM2 e FA.

Somatoscopia: Paciente em BEG, LOTE, eupneica, acianótica, anictérica, hipocorada, hidratada, eutrófica.

História Patológica Progressa: Paciente Hipertensa (uso de Losartana 50mg 1x ao dia e Diltiazem), em uso de Amiodarona para cardioversão, diabética (uso de Glifage). Uso regular de Sotalol. Cirurgias prévia: Tireoidectomia. Nega farmacodermias ou outras comorbidades.

História Familiar: Filha e neta hipertensas. Irmão diabético. Mãe falecida por CA de pulmão. Não soube relatar sobre causa de óbito de seu pai.

História Psicossocial: Nega etilismo e tabagismo.

Sobre o exame físico realizado na paciente M. S. G., na região da **Cabeça e Pescoço**: apresentou ausência de linfonodomegalias, sem turgência jugular. Fácies atípica. No **Aparelho Respiratório**: MVF sem ruídos adventícios. **Inspeção**: Tórax simétrico, ausência de abaulamentos e retrações. **Palpação**: Expansibilidade preservada, FTV preservado. **Percussão**: Som claro pulmonar simétrico em região torácica. **Aparelho cardíaco**: **Inspeção**: IC não visível. **Palpação**: Sem frêmito cardíaco, IC palpável. **Ausculta**: Ritmo Cardíaco Irregular em 3T com bulhas hiperfonéticas. Com sopros regurgitantes em foco mitral. **Inspeção**: Abdome semigloboso, sem abaulamentos e retrações, sem presença de cicatriz cirúrgica. Cicatriz umbilical centralizada. **Palpação**: Parede abdominal normotensa, indolor à palpação superficial e profunda, sem processos tumorais, espaço de traube livre, sem sinais de irritação peritoneal. **Percussão**: Timpanismo em hipogástrio, mesogástrio, hipocôndrio esquerdo. Macicez hepática em hipocôndrio direito. **Ausculta**: Ruídos hidroaéreos presentes.

No entanto, o **Estado mental** da paciente, apresentava lucidez, orientada em tempo e espaço, cooperativa e linguagem preservadas e Pulsos: rítmicos e simétricos e cheios.

Durante a sua internação foram realizados alguns exames laboratoriais, conforme Anexo.

A **conduta** tomada diante dos exames realizados: Losartana, Diltiazem, Amiodarona, Sinvastatina, AAS, Glifage, orientações sobre hábitos de vida, solicitação de exames laboratoriais (hemograma, glicemia em jejum, sódio/potássio, uréia, creatinina, colesterol total/fração, triglicerídeos, EAS, Raio-X de Tórax, ECG.

Na **segunda consulta** realizada pela paciente M. S. G., obtivemos as seguinte evolução e condutas:

Sinais vitais: PA: 140x100mmHg, Dextro: 170mg/dL, Tax: 37,1°C, FR: 18irpm, FC: 93bpm

BEG, LOTE, eupneica, acianótica, anictérica, normocorada, hidratada, afebril.

ECG: Evidenciando FA crônica, sem outras alterações.

RX de tórax: Sem alterações

Os exames laboratoriais estiveram dentro da normalidade, apenas EAS apresentando 16 piócitos por campo.

A paciente evoluiu com melhora completa da hiponatremia após correção. Apresentou melhora do quadro após Cardioversão com amiodarona, profilaxia trombolítica com AAS. Controle da HAS com Losartana e Diltiazem. Controle de glicemia com Glifage. Apresentou ITU no EAS, tratada com cefalexina.

No entanto, após melhora clínica, paciente abandonou tratamento. Sendo necessário acionar equipe de agente de saúde para busca ativa da paciente para continuidade do tratamento.

O plano para dar continuidade ao tratamento desta paciente, foi realizar reunião com a equipe de saúde, para o agendamento de consulta domiciliar após busca ativa do agente de saúde, sendo necessário solicitar apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Ao realizar o trabalho na UBS de Maués durante um ano, na saúde básica, no interior do Amazonas, verifiquei que os pacientes hipertensos ao serem tratados acabavam abandonando o tratamento, quer seja por questões culturais, sociais ou até mesmo por acharem que não há essa necessidade de continuarem sendo tratados, pelo fato de ser uma doença silenciosa, e também uma doença crônica que requer vários procedimentos para seu cuidado.

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, que apresenta um índice elevado de mortalidade, tratando-se de uma doença desencadeada de forma isolada ou associada ao agravamento de diversas doenças, sendo caracterizada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana

Segundo dados do Ministério da Saúde, da pesquisa realizada, a Hipertensão Arterial é uma doença crônica, silenciosa e que atinge 30% dos brasileiros adultos.

A prevalência da hipertensão cresce à medida que a população envelhece. Na faixa etária de 18 a 24 anos, apenas 5,4% são diagnosticados com a doença. A partir dos 65 anos, o percentual salta para quase 60%.

Segundo Nascente e colaboradores (2010, apud OLIVEIRA, 2016, p.22) estudos epidemiológicos tem identificado a associação positiva da hipertensão arterial às características sociodemográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo.

No entanto, os pacientes que passam mal e buscam tratamento em qualquer rede da saúde pública, ao se sentirem melhor, deixam o hospital e não retornam para dar continuidade ao tratamento. A respeito disso, Péres, Magna e Viana (2003, apud OLIVEIRA, 2016, p.28) descrevem que uma das mais importantes dificuldades identificadas no atendimento aos pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento. O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida.

Essa alteração do estilo de vida, configura algumas medidas que se tornam essenciais, como: a redução do peso, a redução da massa corpórea pode promover a diminuição da pressão arterial, a redução do consumo de álcool, pois, o álcool pode causar aumento da resistência das paredes arteriais e por isso elevar a pressão arterial, praticar atividade física, levando em conta que as atividades físicas aeróbicas contribuem de modo inegável à redução da mortalidade, com prática de 30 a 45 minutos diários, frisando ainda que os indivíduos sedentários têm probabilidades de apresentarem hipertensão arterial elevadas em 20 a 50%. Além da redução na ingestão de sódio (sal), pois a redução do consumo de sódio melhora na resposta ao tratamento anti-hipertensivo, deve-se controlar o estresse, além do tratamento através dos medicamentos sob orientação médica.

Outras variáveis como as características pessoais e sócio-demográficas dos hipertensos, seus conhecimentos sobre a doença e tratamento, valores e crenças, experiências vividas, expectativas e suporte familiar também estão implicadas na adesão ao tratamento e precisam ser consideradas no processo de educação à saúde, ao se propor ações junto as pessoas hipertensas, conforme Pierin, Mion, Fukushima, Pinto e Kaminaga (2001).

Embora não exista cura para a Hipertensão Arterial, é possível um controle eficaz, baseado na reformulação de hábitos de vida e a utilização de medicação, permitindo a pessoa uma melhor qualidade de vida. Infelizmente o montante de hipertensos controlados ainda é muito pouco frente a grande maioria que nem sequer retornam às consultas regulares. Conseguir a participação do indivíduo no tratamento, pode significar a diferença entre o sucesso ou o fracasso de seu estágio.

Para a organização do cuidado desses pacientes hipertensos que foram cadastrados na abrangência da ESF Santa Luzia de Maués, foi montado um Plano estratégico, reunindo as equipes de saúde, com apoio da NASF, perfazendo uma busca ativa pelos referidos pacientes, para realizar visitas em suas casas, a fim de que retornassem ao tratamento.

4. VISITA DOMICILIAR

Como supracitado, um dos grandes problemas apresentados no tratamento de pacientes hipertensos na cidade de Maués foi o abandono do tratamento, pela melhora momentânea apresentada após a intervenção médica.

Diante disso, foi montado um plano que buscasse de maneira efetiva o retorno destes pacientes proporcionando dessa maneira uma melhoria em sua qualidade de vida e prolongamento de seus dias.

Primeiramente, foi realizado uma reunião com os agentes de saúde, explicando a situação apresentada e promovendo uma discussão sobre as possíveis formas de despertar nesses pacientes a vontade de buscar um tratamento mesmo que não tenham nenhum sintoma da doença evidente.

A princípio foi necessário um levantamento bibliográfico, e estudos voltados para uma excelente capacitação da equipe que atuaria neste projeto quanto a fisiopatologia básica da hipertensão arterial, quanto aos fatores de risco, sinais, sintomas e as várias maneiras de tratamento.

Com uma equipe treinada e com vasto conhecimento sobre o assunto, foi realizado a coleta de dados e o cadastramento desses pacientes portadores de hipertensão arterial.

Em seguida, foi montado uma estratégia de ir ao encontro desses pacientes, em suas casas, junto com os agentes de saúde, levando conhecimento e desmistificando essa doença que é silenciosa e que pode levar a óbito em pouco tempo. Levar conhecimento à família, saindo do ambiente hospitalar, que muitas das vezes causa um certo pânico a estas pessoas da comunidade, fez com que as informações fossem propagadas de forma mais fácil, fluindo um diálogo entre os agentes de saúde e a população.

Ir ao encontro desses pacientes, promove a humanização do procedimento, e facilita o retorno desses pacientes às unidades básicas de saúde.

Após a coleta e cadastro desses pacientes, foi elaborado um relatório e assim, elaborado uma implementação das intervenções.

Poder proporcionar uma intervenção destas condições levando acesso de informações e divulgação do tratamento necessário para se tratar um paciente hipertenso, é muito significativo, pois percebemos a melhora na qualidade de vida das pessoas dispostas a serem tratadas, buscando além dos medicamentos, colocar em prática as outras orientações, como atividade física e uma dieta balanceada.

No entanto, o desafio não acabou, pois o trabalho é construído dia a dia, e a cada novo dia, novos obstáculos vem surgindo, como por exemplo, aquelas pessoas que culturalmente não tem em sua rotina a busca de uma orientação médica, geralmente são pessoas idosas, e, nesses casos, o trabalho fica redobrado, pois além de levar conhecimento de como funciona a hipertensão, deve haver um diálogo capaz de transformar ou pelo menos despertar a vontade por tratar esta doença. Além do mais, ouvir as crenças dos pacientes sobre a hipertensão pelos médicos, promove uma melhoria na comunicação entre as partes paciente-médico-agentes de saúde, aumentando a confiança desses pacientes em relação aos que estão dispostos a ajudá-los neste combate contra esta doença silenciosa.

Foram realizadas visitas domiciliares, consultas, reavaliação dos pacientes, estratificação do risco cardiovascular, além de caminhadas, com o intuito de promover a saúde da pessoa com hipertensão arterial. Sobre isso, Monteiro (2010), destaca que a atividade física prescrita de forma adequada parece ser capaz de assegurar a manutenção dessas qualidades, prolongando a independência funcional e melhorando a qualidade de vida sendo um meio efetivo para manter e melhorar as funções cardiovasculares e, portanto, o desempenho físico.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar, que esta tarefa de planejamento promovendo a prevenção e cuidado com os pacientes hipertensos, acontecerá continuamente, enquanto durar o projeto, tendo em vista que não apresenta uma resposta determinada para a solução do problema de abandono do tratamento.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante esse ano que passei em Maués, priorizei elaborar um projeto que fosse adequado a necessidade local, sem grandes dificuldades técnicas e de fácil entendimento, além de sistematizar o trabalho dos agentes comunitários em decisões complexas em priorização de pacientes a serem encaminhados à consultas, reduzindo a superlotação nas agendas de atendimentos.

Dessa maneira, verifiquei a necessidade de acompanhar os pacientes hipertensos que procuram as unidades básicas de saúde quando estão passando mal, e ao começarem a se sentir bem, deixam de seguir o tratamento.

Assim, comecei a pensar num projeto com o intuito de ajudar no tratamento desses pacientes, mesmo que o resultado aparecesse a longo prazo.

Porém, começou a ter alguns retornos, pois alguns pacientes continuam com seu tratamento e com uma qualidade de vida melhor do que antes, isso já demonstra que o projeto inicial começou a dar certo, mesmo em meio a tantos desafios enfrentados.

Conforme foi se prolongando o projeto, percebemos que deve ser levado em conta, as crenças, os valores e os significados das situações vivenciadas pelas pessoas que adoecem, ao interagir com as práticas de saúde, pois cada pessoa é única e tem um modo peculiar de viver. E entender o lado do paciente, proporcionou uma maior interação entre o paciente e o médico, pois derrubou barreiras e a distância no relacionamento, além de medos e preconceitos, originando maior confiança.

Foi levado conhecimento básico sobre a hipertensão aos pacientes, como por exemplo: quando diagnosticada a hipertensão, é necessário também investigar os níveis de insulina do paciente, pois ele pode ter resistência insulínica e não ter conhecimento do fato. Embora seja uma doença crônica, que não tem cura, pode ser controlada.

A pressão alta acomete uma a cada cinco pessoas. O tratamento é a base de medicamentos controladores, além da adoção de hábitos saudáveis. Esse controle evita o infarto do coração, o derrame cerebral e a paralisação dos rins.

Apesar de ser uma disfunção genética, a hipertensão pode ser gerada por hábitos de vida inadequados, como a ingestão excessiva de sal ou de bebida alcoólica, além da obesidade e do sedentarismo. Na maioria das vezes, não apresenta sintomas e apenas com o controle da pressão arterial (PA) é possível atestar sua incidência.

Foi de suma importância a utilização da teoria, em um diálogo verdadeiro, para incentivar o autocuidado.

A participação dos agentes de saúde e dos diferentes profissionais convidados para as atividades, como as visitas nas casas desses pacientes, foram de extrema importância para o projeto iniciar, uma vez que serão responsáveis pela sua continuidade, atuando no território de Maués.

Com este trabalho, elaborou-se um protocolo de atendimento aos portadores de hipertensão arterial da UBS, o qual, após validação pela Secretaria de Saúde, será implantado em todas UBS do município. O protocolo sugere uma abordagem conjunta, estabelecendo uma rotina de atendimento, sempre promovendo a prevenção deste paciente e um tratamento humanizado, para minimizar ou evitar complicações decorrentes a doença.

Este projeto além de resgatar o paciente que deixa de querer ser tratado por acreditar que está bem e não apresentar mais nenhum sinal de hipertensão, recomendará que os profissionais que darão continuidade nesta unidade básica de saúde, reconheçam os principais fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica, afim de implementar medidas educativas e assistências que visem a prevenção e tratamento da doença, sempre levando em consideração as necessidades dos pacientes em questão, estabelecendo uma adequada comunicação e interação entre os pacientes e os profissionais da saúde, dando ênfase ao diálogo, à interação e à reflexão e buscando o envolvimento da família no tratamento do portador da hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

CASTRO, Natércia Gomes de, et al. **Hiperdia: Conhecimento da Cobertura do Programa no Maranhão**, São Luís: Cad. Pesq, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial - V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial e Sociedade Brasileira de Nefrologia**. São Paulo, 2006.

MONTEIRO, L. Z. et al. **Redução da pressão arterial, da IMC e da glicose após treinamento aeróbico em idosos com diabetes tipo 2**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 95, n. 5, p. 563- 570, 2010.

OLIVEIRA, A. M. R. et al. **Educação da População sobre fatores de risco controle e prevenção da hipertensão arterial na área de catarina**. Sete Lagoas-MG, 2016.

Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima J, Pinto Ar, Kaminaga M. **O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença**. Rev Esc Enferm USP. 2001.

ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Wagner Abreu Santos

**ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS DA ESF
URBANO DO MUNICÍPIO DE MAUÉS/AM**

**Maués/AM
Setembro/2016**

RESUMO

Maués é um município brasileiro do interior do estado Amazonas em que os indicadores socioeconômicos, aliados aos baixos índices educacionais, refletem um impasse no entendimento do processo saúde-doença, com falta de participação ativa do usuário. 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 pública. O presente trabalho visa elaborar um projeto de intervenção para organização dos cuidados de pacientes hipertensos no ESF urbano do município de Maués/AM.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Saúde para Idosos. Continuidade da Assistência ao Paciente.

Sumário

1 Introdução	4
2 Problema	5
3 Justificativa	6
4 Objetivos	7
4.1 <i>Objetivo geral</i>	7
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	7
5 Revisão de Literatura	8
6 Metodologia	12
7 Cronograma	13
8 Recursos necessários	14
9 Resultados esperados	15
10 Referências bibliográficas	16

1. INTRODUÇÃO

Maués é um município brasileiro do interior do estado Amazonas, região Norte do país. De acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui população de 52.236 habitantes¹, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,588². **A taxa de analfabetismo é de 10,3%**³. Os maus indicadores socioeconômicos aliados aos baixos índices educacionais refletem um impasse no entendimento do processo saúde-doença, com falta de participação ativa do usuário.

O município oferece os serviços de saúde à sua população através de nove unidades básicas de saúde da família e um hospital geral. As unidades básicas são responsáveis pela atenção primária de saúde, com área de abrangência urbana e rural.

De acordo com informações cadastradas pelos agentes comunitários de saúde da unidade (ACS), na área de abrangência do ESF na UBS Santa Luzia, existem 1360 famílias cadastradas, sendo a faixa etária da população predominantemente de adultos jovens, com 3.560 pessoas de 20 a 39 anos. Em relação aos problemas de saúde, observa-se maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, sendo que há 146 pacientes diabéticos e 457 pacientes hipertensos cadastrados no E-SUS.

A identificação dos problemas da área de abrangência do ESF urbano de Maués/AM para elaboração do diagnóstico situacional ocorreu através da observação ativa da área, entrevista com usuários e análise situacional de relatórios dos agentes comunitários de saúde (ACS) locais. A partir do diagnóstico, foi feita a priorização dos problemas segundo sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe, sendo o problema “Dificuldade na organização da demanda programada de condições crônicas como hipertensão” selecionado como primeira prioridade.

2. PROBLEMA

O problema “Dificuldade na organização da demanda programada de condições crônicas como hipertensão” foi selecionado como primeira prioridade local.

Não obstante, existem diversas outras problemáticas associadas ao tema central, que é a HAS, como por exemplo, o baixo nível de conhecimento da população em relação aos fatores de risco para desenvolvimento da doença, assim como em relação às medidas preventivas da mesma.

Além disso, nota-se que uma grande dificuldade enfrentada pela equipe, consiste na baixa aderência da população ao acompanhamento clínico da HAS e na falta de regularidade em relação ao comparecimento às consultas marcadas previamente.

3. JUSTIFICATIVA

A dificuldade na organização da demanda programada de condições crônicas como a hipertensão arterial, com pouca aceitação da população para o agendamento de consultas e cuidado integral em saúde, se contradiz com a alta prevalência dessas condições no município de Maués/AM. Sabe-se que a garantia de um cuidado continuado e integral vai além da resolução de problemas agudos apresentados pelos pacientes, pois prevê a organização de um atendimento programado e permanente, objetivando a promoção de saúde com foco na melhoria da qualidade de vida da população.

Nesse sentido, a preconização da atenção básica como primeira opção no cuidado dos pacientes com hipertensão, se faz necessária para garantia de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, princípios norteadores das ações do Programa de Saúde da Família.

4. OBJETIVOS

a. Objetivo Geral

Projeto de intervenção para organização dos cuidados de pacientes hipertensos no ESF urbano do município de Maués/AM.

b. Objetivo Específico

- Aumentar, na população-alvo, o grau de informação relativo a prevenção e fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica;

- Conscientizar sobre a importância da regularidade das consultas de clínica médica voltadas ao acompanhamento e tratamento da HAS;

- Desenvolver um planejamento organizacional voltado à identificação precoce, pelos ACS da unidade, dos fatores de risco para desenvolvimento da HAS na população atendida;

- Implantar um sistema de busca ativa dos pacientes que estão realizando visitas irregulares ao médico assistente, e esclarecer a necessidade de acompanhamento clínico contínuo e regular;

- Implementar palestras educativas e grupos de hipertensos, onde serão orientados sobre temas como nutrição, hábitos de vida saudáveis, associações de risco como tabagismo, sedentarismo, obesidade, HAS e DM, dentre outras.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL

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 fatais⁴.

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 pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares⁴.

A HAS se divide em dois grandes grupos: a hipertensão essencial (abordada neste trabalho) e a secundária. Na HAS essencial não existe um fator etiológico identificável. De acordo com os conceitos mais modernos, a hipertensão primária resulta da interação entre fatores genéticos e fatores ambientais (consumo excessivo de sal, sedentarismo, obesidade, tabagismo, entre outros), enquanto na hipertensão secundária existe uma causa estrutural ou hormonal bem definida⁴.

De acordo com a diretriz atual sobre hipertensão arterial sistêmica, a classificação da pressão arterial medida casualmente no consultório, em pacientes com mais de 18 anos, salientando-se o preparo apropriado do paciente, o uso de técnica padronizada e de equipamento calibrado, consiste em:

Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)		
Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	> 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		

Sendo assim, o diagnóstico de hipertensão arterial é feito através da medida da pressão em consultório, quando os valores obtidos são iguais ou superiores a 140 mmHg para a pressão arterial sistólica e/ou iguais ou superiores a 90 mmHg para a pressão arterial diastólica. Para firmar o diagnóstico, recomenda-se também que as medidas sejam feitas em pelo menos duas consultas, exceto quando os valores estiverem acima de 170 mmHg (sistólica) e/ou 110 mmHg (diastólica). Nesta situação já consideramos o diagnóstico e devemos iniciar tratamento⁴.

Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular⁴.

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. A prevenção primária e a

detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

Já a decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA⁵.

Em relação ao tratamento não-medicamentoso, deve-se considerar o controle de peso, visando manter o IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m², o padrão alimentar com dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais (recomenda-se dieta DASH), além de redução do consumo de sal, moderação no consumo de álcool e exercício físico, com caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento⁶.

Quanto ao tratamento medicamentoso da HAS, o objetivo primordial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC)⁷.

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos comercialmente disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. Deve-se ponderar algumas características na escolha dos anti-hipertensivos a serem utilizados, como ser eficaz por via oral, administração em menor número de tomadas diárias, ser seguro e bem tolerado, ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, possibilidade de associação com outros anti-hipertensivos, dentre outras⁷.

5.2. CUIDADO FOCADO NO PACIENTE

É cada vez mais evidente que o cuidado centrado no paciente é um componente essencial no cuidado com doenças crônicas. Em estudo randomizado controlado realizado de janeiro de 2002 a agosto de 2005, com o acompanhamento de pacientes em Baltimore, Maryland, nos Estados Unidos, foi possível identificar que intervenções que aumentam a capacidade de comunicação dos médicos e estimulam pacientes a participar de seu cuidado afetaram positivamente a comunicação focada no paciente e a percepção do paciente de envolvimento nos cuidados, podendo melhorar a pressão arterial sistólica entre os pacientes com hipertensão não controlada⁸.

A partir da análise da adesão às orientações fornecidas pela enfermeira do Programa de Controle da Hipertensão de um Centro de Saúde em Fortaleza, observou-se que os pacientes se mostraram informados em relação às mudanças de hábito de vida que são importantes para melhor manejo da hipertensão arterial. Entretanto, praticar as orientações depende, em grande parte, de fatores sociais que devem ser minimizados por atuação de equipe multidisciplinar⁹.

Nesse sentido, vale ressaltar a importância de uma melhor compreensão das crenças dos pacientes hipertensos sobre hipertensão e o uso desse entendimento para desenvolver um modelo para reparar lacunas na comunicação entre pacientes e médicos. Ouvir as crenças dos pacientes sobre a hipertensão pode aumentar a confiança, melhorar a comunicação e promover um melhor auto-controle da hipertensão¹⁰.

6. METODOLOGIA

O presente trabalho pretende apresentar estratégias para organizar o cuidado dos pacientes com hipertensão arterial cadastrados na área de abrangência do ESF Santa Luzia no município de Maués/AM. O caminho metodológico utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), com 1 ano de seguimento, em que serão cadastrados o maior número de pacientes pelos ACS, com diagnóstico prévio de HAS e com fatores de risco para HAS, assim como estabelecendo acompanhamento horizontal destes pacientes e intervindo nos problemas situacionais apresentados como demanda.

A proposta do Planejamento Estratégico Situacional é conceber um plano de ação para cada problema, e atuar sobre a realidade cambiante, na mesma velocidade desta transformação. Além disso, tem caráter organizacional, maleável, de forma que o plano se adéqua à situação de modo a atingir os fins.

O PES apresenta métodos e técnicas adequadas para descrever e interpretar problemas complexos de natureza social. É um modelo não-determinístico no sentido de não apresentar uma solução única para o problema. Essa situação é continuamente monitorada de modo que as ações se ajustem às circunstâncias situacionais do momento. Desse modo, a tarefa de planejamento ocorre continuamente, durante todo o tempo de execução do projeto.

7. CRONOGRAMA

Atividade	Data inicial	Data final
Revisão bibliográfica	01/03/16	31/03/16
Coleta dos dados e cadastramento de pacientes portadores de HAS	01/04/16	30/04/16
Análise dos dados	01/05/16	31/07/16
Elaboração do relatório	01/08/16	30/09/16
Implementação das intervenções	01/10/16	31/12/16
Divulgação dos resultados	01/01/17	30/03/16
Apresentação TCC	24/04/17	

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para devida implementação das medidas propostas, existem demandas imprescindíveis, sejam elas através de recursos financeiros, recursos humanos ou recursos materiais.

A princípio, é necessário disponibilizar tempo e fontes bibliográficas voltadas ao treinamento da equipe de saúde da família quanto à fisiopatologia básica da HAS, assim como quanto aos seus fatores de risco, sinais e sintomas, medidas preventivas, complicações e noções básicas de diagnóstico e tratamento.

Além disso, é fundamental a presença de uma quantidade mínima de agentes comunitários de saúde para realizar a coleta de dados, busca ativa e classificação dos pacientes quanto ao risco apresentado de doenças cardiovasculares. Assim como a presença de equipe de enfermagem bem orientada para realizar o pré-atendimento e triagem dos pacientes que forem à unidade.

Os materiais básicos para bom desempenho na execução do projeto estão relacionados ao diagnóstico e ao tratamento da HAS, no caso, esfigmomanômetro, estetoscópio, balança, maca para exame clínico, folhetos com esclarecimentos à população e por fim, as medicações utilizadas para o tratamento da patologia.

Finalmente, é necessário espaço físico em ambiente adequado para realização de consultas e palestras ministradas aos pacientes, assim como para distribuição de medicamentos e emissão de receituários de uso contínuo.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Dentre os principais resultados esperados, foi priorizado elaborar uma forma de classificação que seja adequada à realidade epidemiológica local e que tenha mecanismos de atualização contínua, sem grandes dificuldades técnicas e de fácil entendimento para que possa ser reproduzida em diversos contextos, independente do grau de instrução.

Após observar a realidade local, me propus a estabelecer uma “escala de priorização”, onde seriam pontuados fatores como idade (> que 70 ou < que 2 anos), deficiências físicas ou mentais, alcoolismo, violência familiar, analfabetismo, patologias prévias (DM, HAS, IAM, AVE, TVP, Chagas, CA etc), obesidade, sedentarismo, dentre outros. A soma dos pontos seria discriminada em 3 intervalos que receberiam adesivos azul, amarelo e vermelho de acordo com a quantidade de fatores apresentados. Dessa forma, tornou-se palpável uma estratificação de risco das famílias pelos ACS, que se demonstraram imperitos nesse sentido previamente.

Além disso, sistematizar o trabalho dos agentes comunitários a fim de auxiliá-los em decisões complexas como a priorização de pacientes a serem encaminhados à consultas ou solicitação de visitas domiciliares com a presença de outros profissionais.

Espera-se também reduzir a superlotação de agendas de consultas de médicos e enfermeiros permitindo que estes profissionais possam se dedicar a atividades coletivas, mais próximas a comunidade, assim como disponibilizar períodos destinados a organização, planejamento e avaliação de ações, assim como, elaboração de novos planos para melhorias constantes.

Por fim, o objetivo central, sem dúvida o mais importante, é a melhoria do atendimento prestado e a prevenção do agravamento da doença.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=130290&idtema=1&search=amazonas|maues|censo-demografico-2010:-sinopse->
2. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=130290&idtema=118&search=amazonas|maues|Índice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->
3. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=130290&idtema=79&search=amazonas|maues|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-indicadores-sociais-municipais-->
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010
5. Padwal R, Straus SE, McAlister FA. **Cardiovascular risk factors and their impact on decision to treat hypertension: an evidence-based review**. BMJ 2001; 322: 977–980.
6. SACKS FM, SVETKEY LP, VOLLMER WM, APPEL LJ, BRAY GA, HARSHA D, et al. **Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet**. DASH–Sodium Collaborative Research Group. N Engl J Med 2001; 344: 3–10.
7. Wright JM, Lee C-H, Chamber GK. **Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug**. CMAJ 1999; 161: 25–32.
8. COOPER, L.A., ROTER, D.L., CARSON, K.A., et al. **A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients**. J Gen Intern Med. 2011;26(11):1297–1304.
9. ROLIM, M. O, CASTRO, M. E. **Adesão às orientações fornecidas no Programa de Controle da Hipertensão: uma aproximação aos Resultados Padronizados de Enfermagem**. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói, v. 6, n.1, 2007.
10. KRONISH, I. M.; LEVENTHAL, H.; HOROWITZ, C. R. **Understanding minority patients' beliefs about hypertension to reduce gaps in communication between patients and clinicians**. J Clin Hypertens (Greenwich); 14(1): 38-44, 2012.



OUTROS ANEXOS

Exames laboratoriais apresentados durante sua internação da paciente M. S. G.

Exames/Data	24/03	25/03	26/03	27/03	29/03	30/03	01/04	02/04	05/04
Leucócitos	14.73	15.09	12.07	15.87	27.29	18.79	9.97	14.93	9.55
Hematócrito	34.3	39.2	36.5	40.3	35.3	34.3	34.5	38.2	34.9
Hemoglobina	11.4	12.9	12.2	13.2	11.3	11.6	12.5	12.7	11.7
Neutrófilo	80.6%	72.7%	75.2%	79.6%	91.2%	82.2%	73.7%	73.2%	79.6%
Linfócitos	11%	16.2%	15.2%	13.6%	4.6%	10.4%	15.5%	17.1%	13.2
Basófilos	0.1%	0.2%	0.3%	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%	0.3%	0.4%
Eosinófilos	0.7%	0.5%	0.4%	0.4%	0.2%	0.5%	0.7%	0.9%	1.2%
Monócitos	6.3%	8.5%	6.7%	4.2%	2.4%	3.8%	6.3%	5.3%	4.0%
Plaquetas	277.000	326.000	284.000	343.000	201.000	218.000	279.000	344.000	323.000
CKMB									
CK TOTAL									
TROPONINA									
MIOSINA									
TAP									
INR									
Glicemia			285						74
Uréia					21				18
Creatinine					1.0				1.0
Clearence cr									
Na+	122	133	132	137		129	133	143	137
K+	4.55	4.9	5.14	4.34		5.4	5.3	3.82	5.17
Ca									
Magnésio						1.7			

Fósforo									
AST/ALT			61 / 252				102/149	33/18	32/116
FA								159	109
GGT									152
DHL									
PROT. TOT									
ALBUMINA									
BT									
BD									
BI									
LACTATO									
AMILASE									
AC.ÚRICO									
COLESTEROL									
TRIGLIC.									
HEMOCULT.									
CULT. SEC. BRONQUICA									
UROCULT.									
EAS						22 leuc			
TAP/INR								64%/1.5	88%/1.04

