

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

LISSETT PRAXEDES PALMA HERNANDEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORAR O CONTROLE DO ÍNDICE
PRESSÓRICO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS NA USF VILA KROEFF NO MUNICÍPIO
DE NOVO HAMBURGO - RS**

NOVO HAMBURGO - RS

2018

LISSETT PRAXEDES PALMA HERNANDEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORAR O CONTROLE DO ÍNDICE
PRESSÓRICO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS NA USF VILA KROEFF NO MUNICÍPIO
DE NOVO HAMBURGO- RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de
Especialização em Saúde da Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Orientadora: Manuela Jorge Coelho Alves

NOVO HAMBURGO

2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 CASO CLÍNICO	6
2.1 EXAME FÍSICO	6
2.2 CONDUTA	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	9
4 VISITA DOMICILIAR	14
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	20

1 INTRODUÇÃO

Desde julho de 2016, faço parte do programa “Mais Médicos para o Brasil”. Trabalho na Unidade de Saúde da Família Vila Kroeff, localizada no bairro Santo Afonso em Novo Hamburgo, no estado do Rio Grande do Sul, fiz Medicina na Universidade Estatal Médica Carlos Finlay, na Província de Camaguey, Cuba. Realizei curso de Especialização em Medicina da Família e Comunidade na mesma universidade. Nos anos seguintes, trabalhei vinculada à medicina da família em várias áreas e instituições de saúde.

O município de Novo Hamburgo está situado no Vale do rio dos Sinos, a 40 km da capital do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Compreende uma superfície de 217 km², e tem uma população de 249.113 habitantes (IBEG 2014), cerca de 93% de origem alemã, a temperatura média anual é de 19 °C. A cidade é reconhecida no país como a Capital Nacional do Calçado. Faz limites com os municípios de São Leopoldo, Estância Velha, Ivoti, Dois Irmãos, Sapiranga, Campo Bom e Gravataí. Atualmente conta com 15 (quinze) Unidades de Saúde, 3 Hospitais, dois Pronto Atendimentos 24 horas e um Centro de Especialidades. O Município conta com mão de obra qualificada, infraestrutura completa e localização privilegiada. Investimentos maciços em obras muito importantes como construções de novas escolas e unidades de saúde, além do bom momento vivido pela indústria calçadista funcionam como alavanca para o desenvolvimento do Município.

Cada segmento concentra as Unidades de Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, cada uma delas formada por equipes de saúde, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Trabalho na Unidade de saúde Vila KROEFF, a mesma encontra-se situada na periferia da cidade, a área de abrangência ocupa uma extensão territorial de 2,10 km² e oferece atendimento a 7810 usuários distribuídos em 3043 famílias. A população é predominantemente trabalhadora, com baixo nível cultural, altos índices de consumo de álcool e tabagismo, baixa percepção de risco de doenças e maus hábitos de alimentação.

Os principais motivos de atendimento nas consultas são crises de hipertensão arterial por má adesão ao tratamento, na maioria dos casos, além de Diabetes Mellitus descompensada e doenças osteoarticulares e degenerativas, as quais põe em risco a

saúde física do paciente e são extremamente incômodas levando à disjunção da qualidade de vida e atividades das pessoas. Algumas doenças marcam o quadro epidemiológico na contemporaneidade, podendo ser recentes como no caso da AIDS e Tuberculose, que têm uma alta incidência no estado do Rio Grande do Sul de forma geral.

Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão arterial, os níveis de controle da doença ainda são um grande desafio para os profissionais da área da saúde. O controle pouco satisfatório dos níveis tensionais, na maioria das vezes, está relacionado à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem nesse processo. Na área de abrangência da USF Vila Kroeff, observa-se o fato de ter muitos usuários sem o controle pressórico adequado e a falta de cadastramento dos usuários hipertensos na unidade. Nossa equipe de saúde considerou o plano viável, e o desenvolvimento do projeto de intervenção com o objetivo de melhorar o controle do índice de usuários portadores de hipertensão arterial na USF Vila Kroeff, em Novo Hamburgo/RS. O projeto consta em anexo neste portfólio.

2 CASO CLÍNICO

A.R.B é um homem de 54 anos de idade, mora no bairro Vila Kroeff há 5 anos em companhia de 3 filhos. L.R.F de 22 anos que trabalha em um mercado, D.R.F de 19 anos, obeso, portador de Epilepsia, A.R.F de 14 anos e J.R.F de 7, é a filha mais nova, que passa maior parte do tempo com sua avó. A família veio morar na Vila Kroeff após à morte, aos 48 anos, de sua esposa C.R.F devido a um câncer de útero. A mudança ocorreu para que pudessem ficar mais próximos da família e receber ajuda no cuidado com os filhos. Ele trabalha como madeireiro de segunda a sexta e no fim de semana realiza atividades no lar. Gosta de comer na rua, consome álcool na maioria das noites e em algumas ocasiões briga com seu filho L.R.F, o qual não quer estudar nem trabalhar. Este mesmo filho demonstra uma conduta inadequada e gosta de pedir dinheiro a seu pai para sair à noite.

ARF é obeso, hipertenso e diabético. Há sete anos não procurava atendimento médico. Entretanto, veio até nossa USF buscando atendimento médico porque sentia zumbido no ouvido, visão turva, tonturas, fraquezas, tremores, dor de cabeça, seu coração queria sair do peito e nas pernas. Relata que tomava eventualmente Enalapril 10 mg um comprimido ao dia e Metformina 850mg um comprimido após o café da manhã.

Na consulta observamos que A.R.F relata as condições em que vive e as preocupações que tem, além disso, a pouca percepção de risco que tem em relação à sua saúde.

2.1 EXAME FÍSICO

PA 140/90.

FC 100 X.

PESO 114 kg

ESTATURA 176 cm.

IMC 36,70

HGT 310 mg dL

Hemoglobina glicada: 7,5%

Glicemia jejum: 182 mg/dL

2.2 CONDUTA

Oriento sobre a necessidade de adesão ao tratamento e mudanças de estilo de vida;

Acompanhamento com nutricionista, para perda de peso e adequação da alimentação;

Inserção ao grupo de qualidade de vida;

Realizar exercícios físicos de forma regular;

Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;

Integrar os demais familiares à Equipe de Saúde da Família;

Agendar acompanhamento com nutricionista e Neurologista para seu filho DRF, o qual é obeso e epilético;

Apoio psicológico a família em geral.

Tratamento farmacológico:

Enalapril 10mg 1cp de 12/12h

Hidroclorotiazida 25mg 1cp ao dia, sempre pela manhã

Metformina 850mg 1 cp, após CM e janta

Indico:

Exames laboratoriais: Microalbuminúrica de 24 horas, creatinina sérica, EQU, Colesterol total, HDL e LDL, Triglicerídeos, Hemograma Completo, Glicose de jejum, Hemoglobina Glicada, Fundoscopia e eletrocardiograma.

Segundo o Escore de Framingham, o risco cardiovascular do paciente é alto.

Portanto, deve ter acompanhamento com nutricionista, bem como comparecer em consulta médica e de enfermagem quadrimestralmente.

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

Em minha área encontrei um bom desempenho na área de puericultura sobre os cuidados e desenvolvimento das crianças. É importante reconhecer o trabalho organizado do município com a rede mãe – bebê, pois este trabalho acompanha o nascimento de todas as crianças e contatam com as unidades de saúde para agendar a primeira consulta do recém-nascido na primeira semana. Realizamos o pré-natal e seguimos acompanhando a família durante a puericultura da criança.

- Orientar as mães nos cuidados com as crianças.
- Cumprir com o preconizado pela Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.
- Avaliar a presença de situações de risco e vulnerabilidades à saúde do recém-nascido. Criança em área de risco: Baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia grave, internações/intercorrências, mães com menos de 18 anos de idade, mãe com baixa escolaridade, história familiar de morte de crianças com menos de cinco anos de idade.
- Avaliar e orientar os pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de dois anos e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo.
- Orientações gerais sobre os cuidados com recém-nascido.
- Prevenção de acidentes.
- Orientações para o calendário de imunizações, verificando se recebeu a 1ª dose da vacina contra Hepatite B e da BCG na maternidade.
- Cumprir o calendário de consultas, orientando o retorno do bebê nos primeiros 30 dias de vida, combinando as novas consultas conforme o calendário das consultas subsequentes.

- Realizar o teste do pezinho a partir do 3º dia de vida da criança conforme o estabelecido no Programa Nacional de triagem neonatal, permitindo assim, a detecção de doenças que podem ser diagnosticadas e evitar sérios danos para a saúde do bebê.
- Orientar sobre os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mãe. A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. Além disso, maiores são os efeitos benéficos à sua saúde. Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos 6 meses (salvo em alguns casos individuais), o que pode, inclusive, trazer prejuízos à saúde da criança.
- Os pais e cuidadores devem ser alertados quanto ao risco de morte súbita de crianças no primeiro ano de vida, sobretudo nos primeiros 6 meses. Eles devem receber a orientação de que a melhor maneira de prevenir casos assim é colocando a criança para dormir de “barriga para cima” (posição supina), e não de lado ou de bruços. A cama ou o berço devem ser firmes, e não deve haver lençóis ou cobertores frouxos ou objetos macios em volta da criança.
- A lavagem de mãos por todas as pessoas que têm contato com o bebê deve ser orientada em todas as visitas de puericultura, com o objetivo de evitar a propagação de vírus causadores de doenças respiratórias.
- Orientar sobre a importância do uso de mosquiteiro para prevenir doenças como Dengue, Zika, Chikunguya.
- Manter boa higiene da casa.
- Promover o Nascimento Saudável.
- Realizar no pré-natal ações de prevenção e combate à alimentação inadequada, com orientação para alimentação saudável e incentivo ao aleitamento materno.
- Estabelecer entre profissional de saúde, a família e a criança uma boa relação de confiança ao longo do acompanhamento.

- Atualmente, estamos cumprindo com as sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência.
- Respeitar o esquema de alimentação no primeiro ano de vida. Manter atualizado o esquema de vacinas.
- Adequar a abordagem das crianças pela equipe de saúde em consultas e em visitas domiciliares
- Aumentar o número de consultas de pré-natal para a redução da mortalidade infantil e maternal
- Detectar através do exame físico, alguma anormalidade e sua eventual correção
- Detecção precoce de doenças que podem ser solucionadas, por exemplo, a criptorquidia Manter o aleitamento materno até 6 meses e logo a seguir inserir a alimentação complementar
- Aumento do grau de satisfação da família.
- Prevenção de acidentes

O Crescimento e Desenvolvimento é o eixo central do atendimento à criança. Essa atividade garante a qualidade de vida da criança, permitindo evidenciar precocemente transtornos que afetem sua saúde, nutrição, capacidade mental e social. Possibilita a visão global da criança, inserida no contexto em que vive, permitindo a humanização do atendimento, na medida em que a conhece mais e melhor, inclusive nas suas relações no ambiente familiar. O Cartão da Criança é o instrumento básico para o acompanhamento do CD, e deve sempre ficar com a família.

- Realizar atividades educativas coletivas para as mães/pais/responsáveis com a equipe multiprofissional, com abordagem sobre os fatores de risco e ênfase no

desenvolvimento de um estilo de vida saudável.

- Identificar os fatores de risco nutricionais, como baixo peso ao nascer, prematuridades ou doenças associadas

Buscamos gerar impacto e promover mudanças de comportamento que reflitam positivamente na atenção à criança em seus primeiros anos de vida.

Apoiamos e promovemos iniciativas com foco na geração de conhecimento sobre a primeira infância (período que vai do nascimento aos seis anos), na formação de profissionais e na mobilização de lideranças que atuam no desenvolvimento Infantil.

A Atenção à Saúde da Criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. Para que essa área de atenção à saúde se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente. Além do conhecimento sobre as características relacionadas à morbimortalidade, tais como aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, é importante salientar o papel que desempenham os serviços e os sistemas de saúde, que incluem as ações desenvolvidas no setor suplementar.

Para promover a melhoria nesse campo da saúde, é necessário desenvolver um conjunto de ações de promoção, prevenção e proteção da criança, considerando os aspectos epidemiológicos, sociais, culturais, ecológicos e psicológicos, visando à formulação e à construção de políticas saudáveis para esse segmento populacional.

Os Programas de Promoção e Prevenção voltados à Saúde da Criança devem deslocar o foco da assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento e o direito à cidadania. Alguns dos grandes eixos estratégicos são: a redução da mortalidade infantil, a humanização e promoção da qualidade da atenção prestada, a mobilização social e política, bem como o estabelecimento de parcerias e a promoção de vida saudável.

Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, bem como a prevenção de doenças respiratórias, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude e em todos os níveis de

atenção.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos, combinadas às de assistência são objetivos que, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

Graus de Recomendação

Avaliar a presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde das crianças. Grau D

Avaliar e orientar os pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de 2 meses e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência. Grau D

Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo Grau A e auxiliar a formação ou o fortalecimento do vínculo entre os pais e o bebê. Grau B

Prevenção de acidentes. Grau A

Realização do teste do pezinho. Grau A

Orientações para o calendário de imunizações. Grau B

4 VISITA DOMICILIAR

USF Vila Kroeff

Data: 20 de novembro de 2017

Profissionais:

Dra L. P. P. H.

Enf. F.W.

Tec. L.S.

ACS. I.R.S

A filha da paciente solicita ao ACS uma visita domiciliar da equipe, devido a impossibilidade de se deslocar até o serviço de saúde. O ACS agenda a visita domiciliar para a próxima segunda -feira no horário da tarde. A equipe discutiu o caso e revisou o prontuário. Além disso, no dia em que a filha solicitou a visita, foi realizada anamnese para conhecer melhor a situação clínica da paciente e organizar os materiais necessários para a visita: receitas, requisição de exames e esfigmomanômetro.

Paciente do sexo feminino, de nome R.C.J., 59 anos com antecedentes patológicos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Artrose Generalizada, com tratamento de Losartana Potássico 50 mg 1 comp 12/12, Hidroclorotiazida (25 mg), além de fazer ciclos de tratamento com anti-inflamatório e analgésicos durante as crises de dor intensa. Recebeu alta hospitalar depois de 9 dias internada com o diagnóstico de AVC Isquêmico tendo como sequela hemiplegia esquerda com dificuldades para a locomoção.

Durante o deslocamento pelo bairro, as crianças brincavam na rua, devido a falta de local apropriado para atividades de lazer. Os arredores do bairro encontravam-se sujos e com bastante lixo depositado. A equipe foi recebida pela filha e as netinhas. Elas haviam terminado de almoçar, e sobre a mesa encontravam-se garrafas de refrigerantes. Na casa de 5 cômodos, com luz, esgoto, água encanada, há geladeira, fogão, micro-ondas, televisão e outros eletrodomésticos. Observou-se má higienização da casa e dos arredores. A paciente estava sentada no sofá, respondeu ao interrogatório com alguma dificuldade na fala, conseguiu ficar de pé com apoio para receber a equipe. Durante a conversa a filha falou que está trabalhando numa fábrica calçadista aproximadamente dez horas ao dia, e suas filhas passam todo o dia na escola.

A filha conta que está procurando uma cuidadora para ficar com sua mãe enquanto aguarda alguns meses para a família se mudar e ir morar próximo ao irmão (em outro bairro de Novo Hamburgo), que irá auxiliá-la nos cuidados com a mãe.

Exame Físico Geral. Mucosa: normocorada. TCS. Sem edemas.

Cabeça. Face assimetria do facial inferior. Pescoço. S/A

Tórax. S/A

Região axilar. S/A Região inguinal S/A Extremidades MSD. S/A

MID S/A

MSE atitude da hemiplegia, queda do ombro, o braço esquerdo paralelo ao tronco. Diminuição da força muscular

MIE Diminuição da força muscular com extensão e rotação externa no pé.

Exame Físico.

AR: não dispneia, não tiragem, MV audível, não estertores, FR: 19 resp/min. ACV: Ruídos rítmicos, não sopros, FC: 90 lat /min, PA: 140/90 mmHg Abdômen: Plano, depressível, não doloroso, RHA presentes.

Neurológico.

Assimetria facial inferior.

Atitude da hemiplegia, queda do ombro e braço do lado esquerdo, membro inferior esquerdo em extensão com rotação externa no pé.

A atitude de pé, o ato de sentar-se, o ato de se levantar estão prejudicados precisando apoio para realizá-los.

Marcha. Deambula com dificuldade precisando de apoio para a locomoção. Diminuição da força muscular nos membros superior e inferior esquerdos.] Exames realizados no hospital

Hemoglobina 12,6. 00 g/dl.

Leucograma 5.100/mm³. Plaquetas: 220 000 mg/dl.

Glicose em jejum: 100 mg/dl.

Hemoglobina glicosada: 5,5%.

Creatinina: 0.91 mg/dl.

TGO: 12 U/l. TGP: 15 U/l.

Colesterol Total 106 mg/dia. Triglicerídeos: 210 mg/dl.

Ácido Úrico: 4,8 mg/dl.

Os demais exames não constam no prontuário.

Problemas:

Hipertensão Arterial Sistêmica.

Dislipidemia: (Hipertrigliceridemia Isolada).

Sequela motora secundária de AVC Isquêmico.

Plano:

- Dieta balanceada com redução do consumo de sal, aumento no consumo de frutas e vegetais, reduzido consumo de alimentos gordurosos e alimentos que contenham açúcar, como bolos, doces, refrigerantes, sucos e biscoitos.
- Dinâmica familiar para apoiar a paciente em sua adequada adesão ao tratamento e sua reabilitação.
- Informamos a sua filha sobre a importância do cuidador.
- Orientamos a necessidade de mudança de posição na cama e na cadeira, bem como a realização de exercícios físicos passivos.
- Tomar sol.
- Higiene oral e corporal da paciente.
- Higiene domiciliar e dos arredores da casa.
- Necessidade de fisioterapia domiciliar motora, a qual será encaminhada pela equipe.
- Seguir a terapia medicamentosa, conforme indicação médica: Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp ao dia, Losartana Potássica 50 mg 1 cp 12/12, Sinvastatina (40 mg) 1 cp pela noite por 3 meses, AAS 100 mg 1 cp ao dia.

- Repetir perfil lipídico em 3 meses.
- Uso de analgésicos e anti-inflamatórios durante as crises de dor.
- Realizar visita domiciliar quinzenal por parte do agente comunitário e mensal por parte do médico e enfermeira para avaliar a condição clínica e a evolução.
- A filha deverá comunicar a equipe sobre a mudança de área para ser transferida para a equipe responsável pela área do novo domicílio.
- Reforçar que os ACS realizem atividades de promoção e prevenção em saúde, incluindo incentivo a higiene domiciliar e do território em geral, segurança dos pedestres (principalmente das crianças) e que incentivem ações de lazer na comunidade.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

No início do curso, percebi que seria um processo cansativo tanto físico como mentalmente. Tive dúvidas de como seria realizá-lo, uma vez que eu nunca havia feito um curso EAD. Tive medo de não saber usar a plataforma, de que não teria disposição em realizar as atividades em casa, mas no final, foi uma experiência muito boa. A plataforma EAD está bem estruturada, organizada e de fácil uso na medida vai tornando o curso mais atrativo, estimulando a realizar as atividades. Os professores foram muito bons, pacientes, éticos e as videoaulas aulas foram muito didáticas. Ter realizado esse curso à distância contribuiu muito para meu aprendizado. Dediquei mais tempo ao estudo e aproveitei ao máximo os recursos digitais apresentados nesta modalidade.

Eixo 1: Trata sobre os temas gerais de saúde pública e pertinentes ao Sistema Único de Saúde do Brasil. A localização imaginária no Brasil das três cidades fictícias virtuais com características geográficas, culturais e sócio demográficas permitiu visualizar sobre os problemas/situações de saúde/doença prevalentes no cenário epidemiológico, o que permitiu compreender os processos de vida, trabalho e saúde da Estratégia da Saúde da Família. Forneceu ferramentas de diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação e permitiu incorporar ações de promoção à saúde e vigilância na prática diária.

Eixo 2: Os casos complexos mostram situações diárias que cada profissional está exposto, pude notar a enorme semelhança entre os problemas citados e a realidade vivenciada no posto de saúde em que atuo. Alguns deles chegaram a antecipar pacientes com casos parecidos o que facilitou muito minha orientação, deu para ampliar e atualizar os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas.

O portfólio também foi uma experiência nova, e fui participante ativa da elaboração, desenvolvimento e avaliação, selecionando meus melhores trabalhos acompanhados pelos professores. A disponibilidade dos professores para sanar as dúvidas em relação ao processo, ajudou muito. As datas combinadas de entrega oferecem uma maneira de programar o tempo de estudo. Aproveitei a experiência de ter vivido um processo novo e assustador que terminei com sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento Brasília 2012 p 41-55 (Cadernos de Atenção Básica, No 33)
2. Revista. Brasileira. Saúde Materno. Infantil. vol.2 no. 2 Maio. 2012.
Caderno de Atenção Básica. Saúde da criança, Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Nro 23 Brasília 2012.
3. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar 4ta edição revisada e atualizada 2013 p 61- 72.
4. CAMPOS, F. C. C; et al. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG – 02 ed. Belo Horizonte. 2014.
5. Castelli WP. Cholesterol and lipids in the risk of coronary heart disease - the Framingham Heart Study. Can J Cardiol, 1988;4:(SupplA):5A-10^a
6. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. 92p. Brasília, 2009d.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

**LISSETT PRÁXEDES PALMA
HERNÁNDEZ**

Intervenção educativa para melhorar o controle do índice pressórico de usuários hipertensos na USF Vila Kroeff no município de Novo Hamburgo/RS

Porto Alegre

2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial (HA) constitui um importante problema de saúde pública, sendo a doença cardiovascular mais comum e o fator de risco quantitativamente mais influente no desenvolvimento da doença vascular cerebral e coronária e da insuficiência cardíaca. Esta proposta tem como objetivo propor um projeto de intervenção para melhorar o controle do índice pressórico de usuários portadores de hipertensão arterial em da USF Vila Kroeff, em Novo Hamburgo/RS. Este plano será realizado com pacientes hipertensos da referida área de abrangência, sendo realizadas atividades como: capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); realização de consultas médicas e visitas domiciliares aos pacientes hipertensos e população de risco; realização de palestras sobre hipertensão arterial, estilos de vida, costumes e hábitos alimentares na população de risco e formação de círculos de hipertensos para realização de exercícios físicos. As conclusões desse projeto tornam-se relevantes no direcionamento das ações de saúde, fazendo-se necessário o reconhecimento, por parte dos profissionais, sobre as crenças e os aspectos culturais que envolvem o comportamento em saúde para prevenção da hipertensão.

Descritores: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde

ABSTRACT

Hypertension is a major public health problem and is the most common cardiovascular disease and quantitatively the most influential risk factor in the development of stroke and coronary heart disease and heart failure. This proposal aims to propose an intervention project to improve the control of the pressure index of users with arterial hypertension at USF Vila Kroeff, in Novo Hamburgo / RS. This plan will be carried out with hypertensive patients of that area covered, activities being undertaken as: training of Community Health Agents (CHA); medical consultations and home visits to patients with hypertension and risk population; lectures on hypertension, lifestyles, customs and eating habits in risk population and training hypertensive circles for physical exercises. The conclusions of this project become relevant in the direction of health actions, making it necessary recognition by the professionals on the beliefs and cultural aspects, including the health behavior to prevent hypertension.

Descriptors: Hypertension. Primary Health Care. Health Promotion.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
JUSTIFICATIVA.....	7
OBJETIVOS.....	8
GERAL	8
ESPECÍFICOS.....	8
LITERATURA.	9
MÉTODOS.....	13
CRONOGRAMA.	15
RECURSOS NECESSÁRIOS.....	16
RECURSOS HUMANOS.	16
RECURSOS MATERIAIS.	16
RESULTADOS ESPERADOS.....	17
REFERÊNCIAS.	18

INTRODUÇÃO

Novo Hamburgo, um município do Rio Grande do Sul (RS), localizado a 40 km de Porto Alegre, possui uma população estimada de 249.113 habitantes (IBGE, 2016). É neste local que desempenho minhas funções enquanto médica e estudante do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

A taxa de crescimento anual de Novo Hamburgo mais recente é de 3,59%, sendo que 211.9459 habitantes são alfabetizados (IBGE, 2010). A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 29,73% e o percentual de usuários dependentes da assistência pelo SUS é de 94,5% (IBGE, 2014).

A estratégia de saúde da família foi implantada no município a partir da criação de 5 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e atualmente existem 21 unidades, 2 UBS e 5 CAPS que cobrem um total de 42% da população total da cidade e o programa Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ainda não foi implantado.

O Sistema de referência e contra referência funciona localmente com atendimento de demanda simples de especialistas existentes no município como: Ortopedia, Urologia, Dermatologia, Cardiologia, e em casos mais complexos esse atendimento especializado é feito em Porto Alegre, cidade referência regional. No município, o sistema de referência e contra referência é deficiente, pois não existe o retorno em tempo adequado para as necessidades da equipe e do usuário.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Kroeff foi criada em 29 de setembro de 2014, com um horário de funcionamento de 07:00 às 17:00 h. A equipe é composta por três médicos, três enfermeiras, 5 técnicas de enfermagem, 15 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 dentista, 1 atendente de farmácia, 1 nutricionista, 2 agentes administrativos e duas auxiliares de serviços gerais.

A maioria da população cadastrada é de classe média baixa e uma pequena parcela é constituída de população carente. Normalmente os óbitos de nossa área

acometem pessoas de uma faixa etária mais avançada e alguns estão relacionados a Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) de pessoas com doenças de base como hipertensão e diabetes.

Os agravos que acometem a população local incluem Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitus, além de outras doenças cardiovasculares, dislipidemias, consumo de psicofármacos, dentre outros. O problema de maior relevância discutido pela equipe de saúde Vila Kroeff foi à alta incidência de usuários com Hipertensão Arterial que não tem controle. O problema foi levantado ao se realizar o diagnóstico situacional e observou-se que é uma doença com uma alta prevalência na área de abrangência da equipe, com um elevado índice de atendimento por cifras altas de PA e um número importante de usuários com complicações em relação com alguns fatores de risco que interferem na qualidade de vida das pessoas.

Dessa forma, o presente plano de ação visa aumentar o número de usuários com Hipertensão Arterial controlada (HA) na área de abrangência do UFS Vila Kroeff, em Novo Hamburgo/RS, através de ações de saúde para alcançar um adequado manejo da doença, sendo sua base o nível primário de atendimento.

JUSTIFICATIVA

Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão arterial, os níveis de controle da doença ainda é um grande desafio para os profissionais da área da saúde. Nesse sentido, estudo com hipertensos atendidos na atenção primária à saúde mostrou que 54,5% dos hipertensos não apresentavam pressão arterial controlada (Pierin et al., 2013).

O controle pouco satisfatório dos níveis tensionais, na maioria das vezes, está relacionado à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem nesse processo. Em relação à doença, destaca-se a sua cronicidade e quanto ao tratamento medicamentoso, o fato do tratamento ser para toda vida, os efeitos indesejáveis das drogas e posologias complexas. No tratamento não medicamentoso, a necessidade de mudanças em hábitos e estilos de vida também podem ser aspectos que dificultam a adesão (Silva et al., 2016).

Esse quadro também pode ser observado na área de abrangência da USF Vila Kroeff, o que chamou a atenção para o fato de ter muitos usuários sem o controle, nem cadastramento adequado dos usuários hipertensos. Equipe de saúde considerou o plano viável e o desenvolvimento do projeto de intervenção.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Melhorar o controle do índice pressórico de usuários portadores de hipertensão arterial em da USF Vila Kroeff, em Novo Hamburgo/RS.

Objetivos Específicos

- Cadastrar todos os hipertensos da área de abrangência da UFS Vila Kroeff;
- Reorganizar o serviço na referida área para melhorar o atendimento dos hipertensos;
- Informar aos usuários e familiares acerca da doença e seus fatores de risco;
- Realizar atividades educativas para a prevenção, controle e tratamento da hipertensão arterial na comunidade.

REFERENCIAL TEÓRICO

Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É muitas vezes associada a níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É muitas vezes associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e distúrbios metabólicos, resultando em aumento do risco de eventos fatais e não fatais cardiovasculares (LIMA et al., 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis, direta ou indiretamente pela morbidade, mortalidade, perda de qualidade de vida e de custos elevados em saúde aos adultos de todos países, incluindo países industrializados e de mais desenvolvimento econômico (CAMARGO et al., 2013).

Define-se o diagnóstico da HA quando há medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões com sistólica maior ou igual PA 140 mmHg e diastólica maior ou igual a 90 mmHg (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

No início, nos anos 40, o tratamento da hipertensão era constituído por descanso e dieta sem sal. Com o aparecimento dos primeiros medicamentos que atuam sobre a pressão arterial no início dos anos 50, o tratamento para a hipertensão estava limitado ao uso de algumas drogas, e mais da metade dos pacientes morreu de insuficiência cardíaca, 15% doença da artéria coronária, 15% de acidente vascular cerebral hemorrágico e 15% de insuficiência renal crônica. No final dos anos 50 foram introduzidos no mercado alguns anti-hipertensivos que permitiram o tratamento da hipertensão com mais eficácia e tolerabilidade: os diuréticos de tiazida, reserpina e outros (KOIKE et al., 2016).

No entanto, a hipertensão não controlada continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública, e direta ou indiretamente faz com que cerca de 7,5 milhões de pessoas morram por ano em todo o mundo. Um em cada quatro adultos no mundo pode ser classificado como hipertenso, o equivalente a cerca de um bilhão de pessoas. Como envelhecimento da população e uma maior

prevalência de fatores de risco, tais como, obesidade, tabagismo e consumo excessivo de sal, espera-se um aumento de 1,5 bilhão (cerca de 30% da população mundial), em 2025. A Organização Mundial da Saúde atribui para HA, 58,5% das mortes em todo o mundo (CAMARGO et al., 2013).

Dados recentes mostram que mais de 30% da população adulta é considerada hipertensa, e em mais de 40 anos, este número cresce a 35%. Hipertensão Arterial é considerada responsável por cerca de 40% dos casos de infarto agudo do miocárdio, 60% dos acidentes vasculares cerebrais e 35% dos casos de insuficiência renal crônica que necessitam de hemodiálise. Dados do DATASUS de 2010 atribuem mais de 22.000 mortes por ano devido à pressão arterial elevada.

Depois de serem diagnosticados como hipertensos e serem classificados em estágios de acordo com a PA precisamos estratificar o risco global. Portanto, é necessário avaliar fatores de risco, lesões em órgãos alvos e associados, acompanhando o nível de pressão. Esta estratificação resultará em metas de pressão arterial e decisão terapêutica.

Os fatores de risco tradicionais como tabagismo, dislipidemia, idade (homens > 55 anos e as mulheres > 65 anos) e história familiar de doença cardiovascular (mulheres <65 anos e as mulheres <55 anos), obesidade abdominal, glicemia de jejum alterada, hemoglobina glicada anormal, diabetes, história de pré-eclâmpsia durante a gravidez, história familiar de hipertensão, pressão de pulso > 65 mmHg, devem ser levadas em conta quando se avalia o paciente hipertenso de forma holística (KOIKE et al., 2016).

No Brasil a Hipertensão arterial (HA) atinge em média 30% da população adulta, cerca de 1,2 bilhão de pessoas no mundo. Estudos populacionais (1994-2009) revelaram baixos níveis de controle da pressão arterial (19,6%). O fato de que o controle da hipertensão dobrou nos EUA entre 1988-2008 (27,3% vs 53,5%), e quintuplicou no Canadá entre 1992-2009 (13,2% vs 64,6%) demonstra que isto é importante e reflete avanços na detecção e tratamento nesses países (SBD, 2010).

A Atenção Primária a Saúde tem papel fundamental (APS) no rastreamento, diagnóstico e Tratamento da HA, sendo necessário acompanhar todas as pessoas

com essa patologia, promovendo recomendações, práticas nutricionais e encorajar exercícios físicos (BRASIL, 2013). O uso de medidas não farmacológicas é de grande importância no tratamento do HA, apesar do pequeno número de estudos que avaliaram a eficácia destas medidas, que têm se mostrado eficazes no tratamento de pacientes hipertensos em geral, seu benefício parece ser maior na hipertensão grave do que em pacientes com hipertensão leve /moderada. Assim, os doentes com hipertensão devem ser orientados sobre a importância da redução de sal na dieta, perda de peso, exercícios regulares e moderação no consumo de álcool (SBD, 2010).

No controle da HA é importante a identificação das características dos pacientes hipertensos, estabelecendo as suas necessidades para desenhar um perfil, incluindo estrutural, socioeconômico, psicoemocional, o conhecimento sobre doenças e tratamento, qualidade de vida, entre outros. É digno de nota que a adesão ao tratamento é o principal fator. A não “adesão” refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, seja medicinal ou não, a fim de manter a pressão arterial em níveis controlados. A adesão é um processo comportamental complexo, fortemente influenciada pelo ambiente, profissionais de saúde e cuidados prestados. A não adesão é um impedimento para atingir objetivos terapêuticos e pode ser uma fonte de frustração para os profissionais de saúde. Variáveis biossociais, tais como idade, sexo, raça, educação, status socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, estilo de vida, crenças culturais e de saúde devem ser consideradas. O conhecimento sobre a doença e o tratamento também é uma variável importante uma vez que vários estudos mostram que os hipertensos geralmente têm informações sobre os seus problemas de saúde, mas mesmo assim não conseguem controlar sua pressão (PANIZ et al., 2014).

A discrepância entre ter informações sobre a doença e tratamento, e poder controlar a pressão sanguínea é essencial para adesão ao tratamento. Enquanto o conhecimento é racional, adesão é um processo complexo, envolvendo fatores concretos emocionais e barreiras para a prática e logística. A cronicidade da doença e a ausência de sintomas específicos e complicações a longo prazo, também merecem atenção.

Entende-se que o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família (ESF) aos portadores de HA visa à efetivação da integralidade em saúde no sentido de possibilitar uma atuação em saúde mais contextualizada e resolutiva na perspectiva da corresponsabilização de trabalhadores, usuários e suas famílias. As ações devem ser comuns a todos no planejamento e na promoção à saúde (ações educativas em relação à mudança do estilo de vida, fatores de risco e produção de material educativo), no treinamento de profissionais, no encaminhamento a outros profissionais quando for necessário, nas ações assistenciais individuais e em grupo, na participação em projeto de pesquisa e no gerenciamento do programa. A USF se propõe a superar práticas estritamente curativas, fragmentadas, em que predominam a preocupação e a realização de procedimentos, utilização de equipamentos e reprodução de normas preestabelecidas, como o cuidado em si que muitas vezes não atende às necessidades de saúde das famílias e usuários (CAMARGO et al., 2013).

É indiscutível que a USF contribuiu para uma melhoria da acessibilidade da Comunidade aos Serviços de Saúde. Além disso, tem modificado o modelo da atenção ao serviço de Saúde a população e introduziu noções de Prevenção e Promoção da Saúde da Família. Também parece imprescindível tomar como problema seus determinantes, ações que incidam sobre suas causas, como condições de vida, o relacionamento com os membros da equipe de saúde. A relação estabelecida pode ser uma base de apoio para a eficácia do sucesso do tratamento (CAMPOS et al., 2014).

As características de tratamento de drogas pode influenciar a adesão, com destaque para o custo, efeitos colaterais, esquemas terapêuticos complexos e tratamento ao longo da vida e acesso a serviços saúde. O próximo passo deve incluir os estudos de proposição de implementação e avaliação das estratégias que podem ser úteis para mudar a situação atual. A literatura indica inúmeros recursos que podem ser úteis, no entanto, a equipe de saúde deve tentar se adaptar às necessidades reais dos hipertensos.

MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção a partir da prática na Atenção Básica no município de Novo Hamburgo. Para desenvolver o plano será utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (Campos et al., 2014) para propor ações no intuito de controlar a Hipertensão Arterial em pacientes na USF Vila Kroeff, através de atividades de educação em saúde como palestras sobre hipertensão arterial, estilos de vida, costumes e hábitos alimentares, rodas de conversa de hipertensos sobre exercícios físicos, estimulação a prevenção e o tratamento adequado desta doença na comunidade.

Em um primeiro momento será realizada a apresentação do projeto de intervenção para a Equipe de saúde na reunião semanal a fim de explicar os objetivos e a metodologia, esclarecendo as etapas e os profissionais envolvidos.

No segundo momento a equipe de saúde organizará os materiais e fará o levantamento dos recursos necessários para a execução do projeto. Além disso, será solicitado à gestão regional a disponibilização de materiais de apoio de Promoção e Prevenção. Na reunião de equipe faremos a discussão da proposta, esclareceremos dúvidas e serão discutidas sugestões a serem compartilhadas e desenvolvidas entre equipe para que o projeto seja bem-sucedido.

O terceiro momento destacará a identificação de pacientes elegíveis: todos os pacientes cadastrados de ambos sexos, com hipertensão arterial que frequentem a USF Vila Kroeff (por atendimento agendado ou demanda espontânea), além dos pacientes portadores de hipertensão arterial acompanhados em visitas domiciliares.

Iniciaremos o quarto momento planejando a reorganização do serviço na referida área, pactuando consulta de Hiperdia em dois momentos semanais para conseguir um maior número de pacientes e criar um espaço de atendimento diário a pacientes hipertensos que procuram a unidade.

No quinto momento vamos desenvolver atividades de educação em saúde com os familiares e pacientes hipertensos, contemplando os demais usuários na unidade

para aumentar o conhecimento e manejo desta doença. Entre as atividades planejadas, destaca-se palestras sobre hipertensão, estilos de vida, costumes, hábitos alimentares e exercícios físicos, estimulando a prevenção, o diagnóstico, controle e tratamento oportuno.

No sexto momento vincula-se ao processo de acompanhamento e avaliação da educação em saúde recebida pelos pacientes e familiares. Pode ser desenvolvida pesquisa de conhecimentos mediante o processo participativo.

Cronograma

Ações	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Apresentação da proposta à equipe de saúde	X	X					
Organização os materiais e fazer o levantamento dos recursos necessários.		X	X				
Identificação de pacientes elegíveis		X	X	X	X	X	X
Reorganização do serviço na área.			X	X	X	X	X
Desenvolver atividades de educação em saúde.			X	X	X	X	X

Avaliar processo em reuniões de equipe.			x				x
Avaliar processo com pacientes e familiares.						x	x

Recursos necessários

RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família (3), Agentes comunitários de Saúde (8), Técnicos de (5), Enfermagem (3), Enfermeiros (3), e Médicos (3).

RECURSOS MATERIAIS

Computadores, Sala para realização de grupos, Esfigmomanômetros, Equipamento multimídia, Fichas de Acompanhamento e prontuários médicos, Cadernos de Atenção Básica (Atenção de Doenças Crônicas, Educação em saúde, entre outros).

Resultados esperados

Com esta intervenção, pretende-se alcançar 100% das comunidades, a fim de cadastrar o maior número de usuários hipertensos que não frequentam a USF.

Viabilizar atendimento a esse grupo específico mediante a consulta de Hipertensão, para conseguir acompanhar 98% dos hipertensos sem controle.

Estimular, ensinar e ampliar a responsabilidade de cada participante com relação ao seu próprio tratamento, estimulando ao paciente e sua família a conhecer os riscos para eventos cardiovasculares com a finalidade de diminuir a

morbimortalidade por eventos fatais e não fatais.

Oferecer estratégias educativas a 100% da população, dirigidas a induzir modificações de estilos de vida.

REFERÊNCIAS

- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. As estimativas de população para os municípios brasileiros-2016.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. As estimativas de população para os municípios brasileiros-2010.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. As estimativas de população para os municípios brasileiros-2014.
- Silva LC, Orduñez P, Rodrigues MP, Robles S. A tool for assessing the usefulness of prevalence studies done for surveillance purposes: the example of hypertension. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2016;10(3):152-6.
- Pierin AM, Mion Jr D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;35(1):11-8.
- LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25,n. 9,p. 2001-2011, Sept. 2011.
- CAMARGO, R.A.A.; ANJOS, F.R.; AMARAL, M.F. Estratégia Saúde da Família nas Ações Primárias de Saúde ao Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica. **REME**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, Out/Dez, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51

KOIKE, Marcia Kiyomi et al . Relationship of comorbidities and heart failure mortality in the city of São Paulo, Brazil. **Medical Express (São Paulo, online)**, São Paulo, v. 3,n. 2, Apr. 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 / Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).**

PANIZ, Vera Maria Vieira et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24,n. 2,p. 267-280, Feb. 2008.

CAMPOS, F. C. C; *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG – 02 ed. Belo Horizonte. 2014.