

Nicole Orosco Maciel

IMPLANTANDO O GRUPO DE HIPERDIA EM UMA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PORTO ALEGRE – RS

2017

Nicole Orosco Maciel

IMPLANTANDO O GRUPO DE HIPERDIA EM UMA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso realizado através da UMA-SUS/UFCSPA, pré-requisito para aprovação na Pós-graduação em Saúde da Família

Orientador(a): Ariadna Janice Drumond Moraes

PORTO ALEGRE – RS

2017

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	4
2 ESTUDO DE CASO .....	8
2.1 CONSULTAS .....	8
2.2 DISCUSSÃO DO CASO .....	11
2.3 CONCLUSÃO .....	12
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	14
4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO .....	18
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA .....	21
6 REFERENCIAS .....	23
ANEXOS .....	25
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	26

## 1 INTRODUÇÃO

Formada em julho de 2015 na Universidade de Aquino de Bolívia, na cidade de Santa Cruz de La Sierra-Bolívia, com revalidação do diploma através do REVALIDA, prova nacional de revalidação de diploma médico, realizada pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC), de 2016.

Médica no ESF Padre Luis Benini, da cidade de Torres desde novembro de 2016, pelo “*Programa Mais Médicos para o Brasil*”. Atualmente além do trabalho no município, realizo Pós-Graduação em Saúde da Família, no qual este trabalho está vinculado, e Pós-Graduação em Endocrinologia.

O ESF Padre Luis Benini localiza-se no Bairro “Vila São João”. A cidade de Torres, localizada no litoral norte do Rio Grande do Sul, segundo o último Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2017), têm uma população de 34.656 habitantes, com a população estimada para 2017 de 37.564.

A estrutura da saúde do Município conta com os seguintes setores:

- ❖ Hospital Nossa Senhora dos Navegantes, de 2º nível (1);
- ❖ Pronto Atendimento (1);
- ❖ Unidade Básica de Saúde Américo Muniz dos Reis - UBS (1);
- ❖ Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde – EACS (1);
- ❖ Centro de Atenção Psicossocial Renascer – CAPS (1);
- ❖ Núcleo de Atenção a Saúde da Família – NASF (1);
- ❖ Estratégias de Saúde da Família – ESF (6): ESF Sadi Pipet de Oliveira, ESF Manoel Bernardino dos Santos, ESF José Oliveira dos Santos, ESF São Francisco, ESF São Jorge e ESF Padre Luiz Benini.

A Vila São João é considerada um dos mais importantes bairros do Município, pois além de ser um dos maiores, tem o privilégio de ter a BR 101 a atravessando, sendo muitas vezes a primeira região do município avistada pelos turistas que vêm conhecer a cidade. Tem uma população aproximada de 5.000, e conta com um ESF para toda população, já em desmembramento, onde se transformará em 2 (duas) Estratégias.

A “Vila”, como é conhecida pela maior parte dos moradores, possui uma estrutura semelhante a de uma cidade, possui creche, colégio fundamental e de ensino médio, mercados e Igrejas. Existe uma motivação da população na intenção de emancipação, porém algumas instituições obrigatórias para tal acontecimento, ainda são necessárias.

A Estratégia de Saúde da Família Padre Luis Benini, conta hoje na sua estrutura física 1 recepção, 2 consultórios, 1 sala/consultório de enfermagem, 1 sala de triagem/curativo/observação, 1 sala de expurgo, 1 sala de reunião, 1 cozinha, 1 banheiro feminino, 1 masculino e 1 para funcionários. Além de possuir uma sala de vacina e 1 farmácia. De recursos humanos possui 2 médicos clínico-gerais, 1 enfermeira/coordenadora, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de farmácia, 1 recepcionista, 1 serviços gerais, e uma equipe de Saúde Bucal (dentista e auxiliar). Além destes profissionais, vem ao ESF para dispensa de medicamentos do Programa de Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde e de controlados 1 farmacêutica 2 turnos semanais.

Temos também o apoio do NASF, com 1 psicólogo responsável por atendimento individual 2 turnos semanais, e os demais profissionais quando solicitados. Do quadro médico ainda contamos com 1 pediatra que vem 1 turno por semana para puericultura e consultas para crianças de 0 a 12 anos incompletos. E por fim, como elo entre o ESF e a população, possuímos 7 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

A área de abrangência, como já foi mencionada é uma das mais amplas do Município, e está em desmembramento, momento em que o ESF se transformará em duas equipes. Embora ainda não estejam divididas, por questões burocráticas, os médicos já tem seus pacientes definidos, de acordo com a futura área a trabalhar. Segundo dados obtidos pelo programa SISAB (Sistema de Informação em saúde para atenção básica) atualmente são 1.488 famílias cadastradas e 4.372 habitantes na área.

O nome Padre Luis Benini, será destinado ao novo ESF, e este por sua vez, tem como previsão a abrangência de 4 microáreas, podendo ser incluída uma quinta (ainda em discussão). Portanto, neste trabalho, consideraremos a divisão atual. De um total de 2.500 pessoas cadastradas atualmente e/ou 847 famílias que permanecerão cadastrados no ESF.

Tabela 01. Número de pessoas/famílias cadastradas na área de abrangência do ESF Padre Luis Benini

Áreas	Micro-area 2	Micro-area 3	Micro-area 4	Micro-area 5
Pessoas	567	676	543	714
Famílias	188	227	193	239

**Fonte:** dados obtidos do programa e-SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Segundo o Ministério da Saúde (apud SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016), em 2009 o Brasil tinha uma porcentagem de 24,4% de pessoas com Hipertensão, dentre elas 63,2% eram idosos, sendo mais incidente em mulheres de uma forma geral. O ESF Padre Luz Benini por sua vez apresenta 16,52% da população geral hipertensa, dos quais 79,25% dos pacientes estão acima de 60 anos.

A proposta deste trabalho surgiu quando durante nos primeiros meses de trabalho pelo *Programa Mais Médicos nesse Município* foi observado que a maioria dos pacientes hipertensos vinha às consultas muitas vezes apenas para a renovação de receitas, com a intenção de seguirem recebendo os medicamentos gratuitamente ou com descontos pela Farmácia Popular. Outras vezes para solicitar exames de rotina, e poucas vezes com o intuito de aprender métodos preventivos de complicações da Hipertensão Arterial e avaliação do tratamento.

Durante o mesmo período, observou-se que alguns pacientes estava há mais de 2 anos sem realizar exames e/ou controle de pressão arterial de forma regular, sem nenhum tipo de acompanhamento. Por sua vez, alguns realizavam exames de forma indiscriminada, concluindo-se que não havia no Município nenhuma estratificação de risco estipulada, bem como captação de pacientes com tratamento irregular. Quando indagados, os pacientes.

Foi observada durante algumas consultas que parte da população estava com aumento dos níveis pressóricos, assintomáticos, em níveis prejudiciais a saúde.

Não havendo outra opção, foi então discutido dentre os integrantes da equipe a possibilidade de estar realizando uma intervenção com os pacientes hipertensos da área, onde iríamos programar consultas semestrais a estes pacientes,

reavaliando o tratamento realizado, realizando educação continuada, passando a acompanhá-los com o intuito de diminuir a incidência de complicações relacionadas com a Hipertensão Arterial não controlada. As atividades e programação das mesmas estão expostas no projeto de intervenção em anexos neste trabalho.

## 2 ESTUDO DE CASO

### 2.1 CONSULTAS

#### 2.1.1 Consulta Inicial (relato de caso)

Paciente JLAO, homem, 40 anos, branco, solteiro, funcionário público há 16 anos, 123kg, 1,82cm de altura, Índice de Massa Corporal (IMC) = 37,1.Kg/m<sup>2</sup>, Circunferência Abdominal (CA): 129cm . Vem à consulta agendada no ESF através do Grupo Hiperdia (Grupo de atendimento de hipertensos e diabéticos), referindo episódios de sudorese e mal estar geral após a ingesta de alimentação rica em carboidratos há cerca de 1 ano. Ademais, noctúria, polidpsia e polifagia, principalmente no período da noite.

##### Histórico Pessoal não Patológico:

- ❖ Dieta: rica em carboidratos, gordura e açúcares. Ingesta Líquida: 3 litros/dia.
- ❖ Ingesta Alcoólica: 2 a 3 vezes por semana destilados, em grande quantidade. Ultimamente passava mal, ingerindo apenas bebidas alcoólicas a base de cevada.
- ❖ Atividade Física: não refere
- ❖ Tabagismo: não refere
- ❖ Drogas: não refere
- ❖ Vacinas: em dia

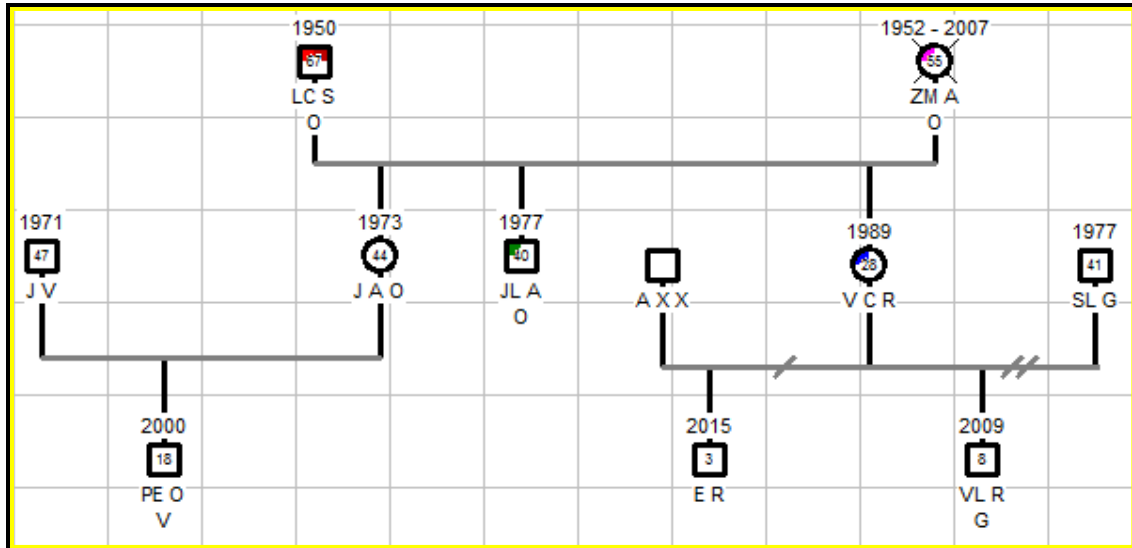
##### Antecedentes Pessoais Patológicos:

- ❖ Hipertensão Arterial Essencial: há 3 anos, no momento controlado sem o uso de medicamentos.

##### Antecedentes Familiares Patológicos:

- ❖ Pai (vivo): HAS, AVC isquêmico, IAM prévio, Transtorno Essencial Severo.
- ❖ Mãe (óbito): Câncer de útero, câncer de pulmão.
- ❖ Irmãos: 2 irmãs previamente hípidas; 1 irmã depressão

Imagem 1. Genograma do paciente JLAO



#### Projeto Terapêutico Inicial:

- ❖ Dieta: diminuição da ingestão de carboidratos e açúcares, intervalo entre refeições e ingestão hídrica;
- ❖ Solicitação de exames laboratoriais: hemograma, glicemia, hemoglobina glicada, colesterol total mais frações, uréia, creatinina, TSH, T4 livre, TGO, TGP, fosfatase alcalina e amilase;
- ❖ Radiografia de tórax;
- ❖ Eletrocardiograma em repouso;
- ❖ Ecografia de abdômen total;
- ❖ Avaliação com nutricionista;
- ❖ Orientações sobre atividade física de impacto leve.

#### **2.1.2 2ª Consulta (15 dias após):**

Paciente retorna a unidade referindo melhora discreta da sintomatologia previamente relatada.

Sinais Vitais na consulta:

- ❖ PA: 140x90mmHg; FC: 78;
- ❖ HGT em jejum: 146mg/dl.

Traz exames solicitados:

- ❖ Laboratórios (alterados): Glicemia: 167mg/dl, A1C: 8,4%, CT: 189mg/dl (LDL: 232; HDL: 47); Triglicerídeos: 240; TGO:42, TGP: 72.
- ❖ Eletrocardiograma: Dentro dos Limites de Normalidade
- ❖ Ecografia de Abdômen Total: esteatose leve.
- ❖ Controle diário da pressão: 140x90mmHG – 155x105mmHg.
- ❖ HGT jejum: 136-167, HGT 2h pós-almoço: 142-178
- ❖ Radiografia de tórax: dentro dos parâmetros da normalidade.
- ❖ Atividade física: Paciente refere ter iniciado caminhadas 3 a 4 dias por semana de aproximadamente 1h30min (8km).
- ❖ Nutricionista: realizou a primeira avaliação 2 dias após a primeira consulta médica, apresentando já uma diminuição considerável do peso dentro do período (2,5Kg).

**DIAGNÓSTICO: Síndrome Metabólica** (circunferência abdominal >102cm, esteatose hepática, HAS, DMII)

Conduta:

- ❖ Losartana 50mg 1cp, VO, pela manhã
- ❖ Metformina XR 500mg: 1cp, VO, 2 x dia (30 minutos antes do café da manhã, 30 minutos antes do jantar)
- ❖ Sinvastatina 20mg: 1cp, VO, Noite.
- ❖ Retornar em 3 meses com exames de controle (glicemia em jejum e hemoglobina glicada).

### 2.1.3 3ª Consulta (3 meses após a consulta inicial)

S- Paciente refere melhora do quadro clínico com o tratamento proposto, com diminuição dos episódios de mal estar relatados. Embora não esteja realizando as consultas e acompanhamento com a nutricionista (em falta na rede), refere estar seguindo as orientações recebidas.

PA: 130x85mmHg, HGT em jejum: 96mg/dl. Peso: 114kg, CA: 117cm

O- Paciente semiologicamente estável.

- ❖ ACR: Ausculta Cardíaca rítmica regular, em 2 tempos, sem presença de ruídos adventícios. Ausculta Respiratória: murmúrios vesiculares preservados em ambos os campos pulmonares.

#### A- Síndrome Metabólica

- ❖ Diabetes Mellitus tipo 2 controlada.
- ❖ Hipertensão arterial em tratamento.
- ❖ Dislipidemia em tratamento.
- ❖ Obesidade.

P- Orientações gerais: controle de sinais vitais e glicemia, seguir com atividades físicas.

- ❖ Mantenho o tratamento.
- ❖ Acompanhamento com nutricionista.
- ❖ Agendo avaliação em 6 meses em grupo, retornar antes se necessário.

## 2.2 DISCUSSÃO DO CASO

Segundo Moreira, Vilar & Godoy-Matos (2016, p.862), “A Síndrome Metabólica (SM) é comumente definida por uma constelação de interligados fatores fisiológicos, bioquímicos, clínicos e metabólicos que aumentam diretamente o risco de doença cardiovascular e diabetes melito tipo 2 (DM2)”.

Para o diagnóstico de SM deve-se pesquisar a presença de obesidade central (através da circunferência abdominal) mais dois destes critérios: hipertrigliceridemia, HDL baixo, hipertensão arterial e/ou glicemia de jejum alterada.

Segundo o Ministério da Saúde (2018), os valores dos critérios para o diagnóstico da SM são:

Tabela 02. Valores limítrofes para diagnóstico de Síndrome Metabólica

Fatores de Risco	Valores	
	Homens	Mulheres
Circunferência abdominal	>102cm	>88cm
HDL	<40mg/dl	<50mg/dl
Triglicerídeos	> ou = 150mg/dl	
Pressão arterial	> ou = 135/85mmHg	

Aumento da glicemia	> ou = 110mg/dl
---------------------	-----------------

**Fonte:** adaptado de MINISTÉRIO DA SAUDE (2018).

Antigamente, as alterações encontradas nesta Síndrome eram tratadas muitas vezes de formas individuais, o que dificultava bastante seu controle. Nos dias de hoje, sabe-se que é fundamental tratar as patologias instaladas, bem como realizar intervenções que previnam a instalação das demais patologias associadas, garantindo assim uma melhor qualidade e ampliação da expectativa de vida.

Exemplo da importância de investigação da SM quando há suspeita da mesma é o caso apresentado. Paciente obeso, com histórico de HAS, apresentando sintomas de Diabetes Mellitus. Além destas, se buscou alterações lipídicas e hepáticas, as quais foram encontradas (dislipidemia e esteatose hepática), mesmo que assintomáticas. O eletrocardiograma também foi solicitado com o intuito de buscar agravos cardiovasculares.

O tratamento visa a redução de peso, o controle da hiperglicemia, da pressão arterial e da dislipidemia (patologias já instaladas) e minimizando a probabilidade de novos agravos.

### 2.3 CONCLUSÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 2) “A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA”,.

Ela pode ou não estar associada a outras patologias e/ou agravar as pré-existentes. No entanto, ainda existe a possibilidade de estar associada a alterações endocrinológicas silenciosas, como Diabetes Mellitus, Esteatose Hepática, alterações lipídicas, vistas neste relato clínico.

Ademais, complicações devido a HA podem vir ocorrer se não houver um acompanhamento destes pacientes mais freqüentes até que os níveis pressóricos fiquem estáveis, necessitando então de acompanhamentos mais espaçados, porém jamais deixa de segui-los.

Sabe-se que o acompanhamento individual de cada paciente, torna-se ilusório diante da demanda apresentada em uma determinada área, na maioria das regiões,

e que algumas estratégias devem ser realizadas para que se possa acompanhar cada hipertenso.

Consultas médicas são importantes, para uma avaliação mais detalhada de cada hipertenso. Uma boa anamnese, acompanhada de um exame físico detalhado, colabora para a realização de um plano terapêutico completo e também para realização de uma estratificação de risco individual.

Consultas de outros profissionais podem ser realizadas, ou mesmo intercaladas com as consultas médica. Deve-se perder a crença que apenas o médico é capaz de tratar. O tratamento ideal é composto por inúmeras intervenções que já foram citadas no plano estipulado no caso clínico estudado tais como: controle de sintomas, monitoramento de pressão arterial, orientações sobre atividade física e dieta alimentar.

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 32).

Grupos de Hipertensos também compõem o tratamento destes pacientes. Nestes grupos se realizam orientações sobre sintomas de alteração de pressão, efeitos adversos de medicamentos, bem como doenças associadas. Pode-se também estarem sendo avaliados controles de pressão realizados pelos pacientes, se necessário marcar consulta para reavaliar o tratamento (acolhimento). Avaliação de resultados de exame e orientar o paciente sobre a necessidade de estar realizando uma consulta médica eletiva, acolhimento ou emergencial.

O caso clínico em questão, pode ser considerado um “caminhão” carregado de conhecimentos que enriquecem o conhecimento de manejo de Hipertensão Arterial na dentro de uma Estratégia de Saúde da Família. Desde sua prevenção, tratamento e cuidados que diminuem risco para surgimento de novas doenças.

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

A cada atividade realizada ao longo desta especialização, novas medidas de prevenção, educação e promoção da saúde puderam ser discutidas em equipe e implementadas na ESF Padre Luis Benini. Ao se tratar de Hipertensão Arterial, tema do Projeto de Intervenção realizado, novos olhares surgiram com o conhecimento adquirido.

Dentre os tópicos abordados nestas atividades, a obesidade e os fatores emocionais (saúde mental) estão intimamente ligados a Hipertensão Arterial e/ou fatores de risco para o desenvolvimento desta doença.

A obesidade é uma epidemia global. É um dos principais fatores de risco para várias doenças recorrentes na atenção básica, como doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e acidente vascular cerebral), doenças metabólicas (dislipidemia e diabetes melittus), câncer, apneia do sono, osteoartrite, diabetes melittus tipo dois, entre outras.

Nas consultas de pré-natal, um dos critérios de risco materno-fetal é o IMC > que 35 e/ou o ganho de peso superior a 2 kg/mês. Estas alterações estão vinculadas a um maior risco de complicações, dentre elas pré-eclampsia, diabetes gestacional e, conseqüentemente, complicações oriundas das mesmas.

Nas consultas de puericultura, o controle da obesidade também faz parte do acompanhamento. No primeiro semestre de 2017, durante o Encontro Global que discutiu a obesidade infantil, representantes de vários países se encontraram em Brasília para definir estratégias de enfrentamento do sobrepeso infantil (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2017)

Na nota divulgada sobre este encontro, os palestrantes comentaram que a prevalência de sobrepeso ou obesidade em crianças de 5 a 11 anos varia de 18,8 a 36,9% e em adolescentes de 12 a 19 anos varia entre 16,6 e 35,8%. Este aumento

da obesidade na infância esta intimamente relacionada com hipertensão arterial precoce.

Os estudos sobre obesidade no Brasil tem abordado o tema na ótica da epidemiologia, avaliam o impacto de medias específico e apresentam um panorama das ações que vêm sendo implementadas principalmente pelo setor saúde (DIAS et. al, 2017, p.02)

Na prática, realizamos em nossa Unidade de Saúde, alguns métodos de diagnóstico e prevenção de obesidade infantil. Mensalmente, realizam-se atividades na comunidade, onde as Agentes Comunitárias de Saúde e a enfermeira, junto com a nutricionista realizam a pesagem de cada criança de 0 a 5 anos e verificam os valores antropométricos. Além das orientações gerais, se necessidade de avaliação médica, é realizada discussão em reuniões e solicitada uma avaliação com o profissional em questão.

O estresse emocional patológico ou não patológico pode implicar em alterações da pressão arterial e para que seja diagnosticado deve-se realizar uma anamnese detalhada de cada paciente para averiguar a necessidade ou não de intervir neste fator.

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão, que nomeia o tratamento não medicamentoso na Hipertensão Arterial (HA), descreve além do peso corporal, aspectos nutricionais, cessação do tabagismo e atividade física, a importância do controle do estresse, interligando a saúde mental do paciente a alterações pressóricas. “Estudos sobre as práticas de gerenciamento de estresse apontam a importância das psicoterapias comportamentais [...] no tratamento da HA” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.32).

Deve-se sempre investigar a causa base desta pressão alterada. Em alguns casos, a hipertensão arterial pode ser diagnosticada de uma forma indiscriminada, por negligência diante de fatores de estresse não investigados.

Lima & Lima (2010) Ressaltam que o estresse como causa de hipertensão é estudada a anos. Do que se refere a fisiologia os autores mencionam as diversas alterações que ocorrem quando um indivíduo é submetido a um período de estresse

No sistema cardiovascular, a estimulação simpática é sempre associada com uma inibição do sistema nervoso parassimpático, causando um aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Tem sido especulado que, se essa situação estiver presente cronicamente, isso poderia contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como a hipertensão. (LIMA & LIMA, 2010, p.211)

Ao iniciar meu trabalho dentro da ESF, passei a perceber grande relação entre alterações emocionais, patológicas ou não, com o descontrole dos valores pressóricos dos pacientes. Paciente de difícil manejo, mesmo em uso de 3 classes de anti-hipertensivos diferentes a serem indagados sobre alterações ligadas a psicologia, referiam ansiedade, irritabilidade entre outros fatores.

A partir da percepção alcançada, muitos pacientes iniciaram concomitante ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso, o uso de drogas ansiolíticas e antidepressivas, obtendo assim um melhor resultado no tratamento.

A proposta inicial do grupo era de organizar o atendimento destes pacientes crônicos de forma estratégica, visto a demanda de pacientes desassistidos. Nestes grupos, além de orientações sobre a doença e fatores benéficos e maléficos dos quais podemos evitar, realiza-se, de forma individual uma anamnese sucinta com alguns questionamentos diretos:

- ❖ Queixas do paciente referentes à alteração de pressão (cefaléia, náusea, vertigem, mal estar, dor torácica).
- ❖ Controle de pressão arterial (solicitamos que os mesmos tragam seus controles com data, valor e sintomas no momento da aferição realizada).
- ❖ Alteração ponderal (ganho ou perda de peso)
- ❖ Queixas de estresse relacionado com elevação persistente e/ou picos de pressão.

Além disso, sempre que possível, no início de cada atividade, é reforçada a importância do controle dos valores pressóricos, mesmo em pacientes assintomáticos, devido a possibilidade de aumento dos mesmos de forma silenciosa e conseqüentemente acidentes vasculares como AVC e IAM.

Com a realização de uma pequena anamnese durante estes grupos, obtivemos informações importantes que, junto ao paciente, nos orientou a reorganizar os métodos de cuidado e tratamento com cada um deles.

Após o estudo realizado pertinente à atividade proposta, sentiu-se uma interação maior com o NASF, pois anteriormente, não existia uma relação íntima entre o ESF e o NASF do município. Esta relação, na maioria das vezes, ocorria somente durante as reuniões de matriciamento, que ocorriam sem periodicidade regular.

Em comum acordo nas reuniões semanais que ocorrem no ESF, conseguimos pactuar algumas alterações de intervenção, dentre elas a de compartilhar com maior frequência os casos mais complexos de pacientes com o NASF. A partir de então,

com as discussões em conjunto, se decidia sobre o Plano Terapêutico Singular (PTS) do paciente, minimizar a sobrecarga sobre os profissionais da equipe que estavam realizando atividades em prol do paciente que não lhe competiam.

Logicamente, estas mudanças, estão sendo realizadas de uma forma ponderada, para que obtenhamos resultados esperados e não somente uma tentativa falha de melhora na atenção básica.

A participação da nutricionista auxiliando na orientação nutricional (dieta indicada), do farmacêutico na orientação sobre uso correto do medicamento e os riscos de automedicação e também da psicóloga, trabalhando a parte do enfrentamento das dificuldades relacionada com o estresse emocional e doenças psiquiátricas, são as atuações mais pertinentes do NASF na nossa Estratégia da Família.

#### **4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

Visita Domiciliar (VD) sempre foi um tema muito debatido e pouco realizado no ESF onde trabalho. A falta de carro disponível é um dos fatores principais. Outro é que não existe outro profissional capacitado para estar fazendo um primeiro contato e desenvolver um Plano terapêutico de Cuidados, além de avaliar a necessidade do acompanhamento médico ou de outros profissionais daquele paciente.

Atualmente, as visitas são solicitadas pelo familiar ou pela ACS (Agente Comunitária de Saúde), momento que são listados em um livro de VD. Quando existe um carro disponível elas são realizadas. Geralmente, vai o motorista, a médica e uma ACS, o que de fato sobrecarrega o profissional que está realizando a assistência e conseqüentemente diminui o número de visitas que poderiam ser realizadas naquele momento.

O médico além da sua atuação tem que realizar orientações de enfermagem, como cuidados com tapetes, averiguar o vencimento dos medicamentos, orientarem formas de separá-los para não esquecer, orientar sobre (quais devem ser solicitados na ESF, no Posto Central ou em outro local específico). Algumas ocasiões o cuidador que solicitou a visita (ACS e/ou familiar) não está presente na visita e a mesma não é realizada adequadamente. Isso porque em algumas ocasiões a visita é para ajustar medicamentos para dormir, ou por alterações de pressão, ou para laudos médicos e quando chegamos na casa do paciente não tem quem oriente o motivo da consulta. Por fim, é realizada uma consulta com o paciente e se observada alguma alteração reversível é realizada prescrição.

Existe uma expectativa muito grande para realizar um cronograma sobre as visitas domiciliares, que funcionará da seguinte forma:

- ❖ No início do mês, se organizam as visitas de tal forma: as visitas que já estão pré-agendadas de retorno e acompanhamento. E visitas solicitadas.

As visitas pré-agendadas já serão distribuídas por datas. As demais devem ser feitas pela enfermeira que levará a reunião de equipe, as dificuldades encontradas e junto com a equipe decidir sobre quais intervenções devem ser realizadas. De acordo com as características a Visita Domiciliar pode classificar em:

- Atendimento domiciliar de curto prazo: aqueles pacientes onde realizamos visita por um problema de saúde reversível com acidentes de carro, AVC com sequelas que não impedem as idas ao posto/AVCT.
- Atendimento de longo prazo: pacientes acamados, com dificuldade de ir até o posto de saúde por problemas socioeconômicos, difícil locomoção e/ou acamados.
- ❖ Uma vez realizado um projeto de ação, se necessário realizar matriciamento com o NASF, para definir como o Núcleo pode estar colaborando. Segundo Campos & Domitti (2007, p. 400),

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

- ❖ Realizar a intervenção proposta e programar o retorno a casa para nova visita e acompanhamento.

Estes pacientes deverão ter o retorno marcado de acordo com a necessidade aguda, e após será inserido na lista dos pacientes visitados periodicamente, logicamente antecipados se novos agravos ocorrerem.

Dentre estes acompanhamentos, existe a necessidade de acompanhar o controle da Hipertensão Arterial destes pacientes, a adesão ao tratamento e possíveis complicações, sua periodicidade vai depender da estratificação de risco realizada durante seu acompanhamento.

Logo, trabalharíamos com dois formatos de atendimentos. Aqueles que são apazados após uma primeira avaliação e aqueles atendimentos que surgem de acordo com a necessidade.

Ainda não existe previsão para que este projeto seja realizado, uma vez que necessitamos de alguns recursos ainda não existentes, como carro disponível (pelo

menos semanalmente), equipe de enfermagem disponível para realizar destes acolhimentos e um maior envolvimento dos núcleos de apoio (NASF/CAPS).

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao finalizar este Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, depois de aprofundados os conhecimentos na área da Saúde Pública, observei de forma mais crítica a evolução da nossa história e seu contexto.

Os fóruns e, sobretudo, a realização dos estudos de prática clínica e dos casos clínicos interativos estimularam o raciocínio lógico e o manejo adequado dos problemas de saúde, servindo como facilitadores no processo de tratamento e cuidados.

A metodologia da especialização, fazendo com que os estudantes interajam com a equipe proporcionou momentos de discussão dentro da ESF que contribuíram de certa forma a ampliar o conhecimento e o desejo de melhorias não só minha, mas muitas vezes de toda uma equipe. Através destas discussões, nasceram idéias que incrementaram nossa atenção com a população, exemplo delas uma maior interação com o NASF e reuniões semanais mais direcionadas a casos clínicos que a parte burocrática da unidade.

Este curso foi de grande relevância a minha adaptação na saúde pública, uma vez que formada no exterior não tive, inicialmente, base suficiente para gerenciar meu trabalho e minhas atribuições.

Com o passar do tempo e dedicação aos estudos, através dos fóruns, observei que as definições, objetivos e metas segundo a literatura, não é o que realmente acontece na maior parte das unidades de saúde, deixando muitas vezes a desejar.

No entanto, após debates junto aos meus colegas de curso sobre os diferentes métodos de intervenção a um determinado assunto e associando ao conhecimento adquirido sobre a evolução da saúde pública no país, fiz minhas próprias conclusões sobre o porque o SUS não segue na prática o que esta na teoria. Além de uma

questão política, pública e financeira, pode-se apontar as diferenças de cada região. Suas necessidades, culturas e crenças muitas vezes interferem no desenvolvimento. Sobre a questão de aprendizado direcionado ao tratamento médico, este curso também contribuiu bastante. Reforçou os conhecimentos sobre temas protocolados segundo o Ministério da Saúde e estimulou a avaliação médica do paciente como um ser cercado de fatores que influenciam sua saúde e bem estar, além da importância de se trabalhar em equipe, de forma multiprofissional.

Outra tópico importante que posso mencionar, foi a implementação do Projeto de Intervenção, que embora as dificuldades devida a falta de recursos humanos e financeiros, se consolidou em nossa Estratégia de Saúde da Família.

Concluindo, o curso Pós-graduação em Saúde da Família, realizado na UFSCA/UMA-SUS, foi uma experiência enriquecedora aos meus conhecimentos e feitos como médica e como cidadã. Acredito que este deveria ser pré-requisito básico para profissionais que trabalham em Unidades de Saúde, voltadas à Saúde da Família. Afinal, diferente do que muita gente acredita, médicos trabalhadores em atenção básica necessitam de conhecimentos específicos como em qualquer especialidade, conhecimentos estes que adquiri nessa pós-graduação e que espero estar sempre aperfeiçoando e atualizando.

## 6 REFERENCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017. **IBGE, 2017.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/torres/panorama>>. Acesso em janeiro de 2018.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Ministério da Saúde.** Síndrome Metabólica, fev 2018. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2610-sindrome-metabolica>>. Acesso em fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: **Ministério da Saúde,** 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

\_\_\_\_\_. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: **Ministério da Saúde,** 2014. p.212. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)

CAMPOS, G W S; DOMITTI, A C. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 23, n. 2, fev 2007, p.400. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em fevereiro 2018.

DIAS, P C et. al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 33, n. 7, 2017, p. 01-12.

LIMA, Jr E; LIMA N E. Hipertensão Arterial: aspectos comportamentais – estresse e migração. **Revista Brasileira de Hipertensão.** n. 17, cap. 4, 2010, p.211. Disponível em: <https://departamentos.cardiol.br/.../17-4/revisao-hipertensao.pdf>. Acesso em abril 2018.

MOREIRA, R O; VILAR, L; GODOY-MATOS, A F. Síndrome Metabólica/Relevância e Implicações Clínicas. In: VILAR, L (Org.). **Endocrinologia Clínica:** Rio de Janeiro: Guanabara, koogan, 2016, p. 862.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Brasileiros de Cardiologia,** São Paulo, v. 19, n.4, p. 32, 2016.

---

6ª Diretriz Brasileira de Hipertensão.  
**Arq Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE METABOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA. Adrenal e Hipertensão. Hipertensão sobe no Brasil. **SBEM**, 2016. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/hipertensao-sobe-no-brasil>>. Acesso em janeiro 2018.

**ANEXOS**

ANEXO 1 – Projeto de Intervenção



PROJETO DE INTERVENÇÃO

IMPLANTANDO O GRUPO DE HIPERDIA EM UMA  
ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMÍLIA

Nicole Orosco Maciel

PORTO ALEGRE – RS

2017

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>03</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>05</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	05
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	05
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>06</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
<b>5 CRONOGRAMA.....</b>	<b>11</b>
<b>6 RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>12</b>
<b>7 RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>
<b>9 ANEXOS.....</b>	<b>17</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Cidade de Torres localiza-se, geograficamente, no extremo norte do litoral do Rio Grande do Sul, e segundo o IBGE (2010), sua população é de 36.859 habitantes. Limita-se ao norte pelo Rio Mampituba (rio que faz a divisa entre o Estado já citado e Santa Catarina), ao leste pelo oceano Atlântico, ao oeste pela cidade de Mampituba e ao Sul pela cidades de Arroio do Sal e Dom Pedro de Alcântara. Tem uma área territorial de 160, 565 km<sup>2</sup> e sua paisagem destaca-se pela diversidade de recursos naturais: lagos, lagoa, rio, além de ser a única praia gaúcha em que sobressaem paredões rochosos, à beira-mar. Outro destaque é a Ilha dos Lobos, à sua frente, por ser a única ilha marítima do estado.

Quanto à economia, a principal atividade é o turismo, sobretudo na temporada de verão, período em que a população ultrapassa 350.000 mil.

Atualmente, temos na composição das Unidades de Saúde 01 Unidade Central, 06 Estratégias de Saúde da Família- ESF, 01 EACS (Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde) e 01 Hospital.

As ESF estão instaladas nos seguintes bairros: São Francisco (ESF São Francisco), São Jorge (ESF São Jorge), Curtume (ESF Sadi Pipet de Oliveira), São Braz (ESF José Oliveira dos Santos), Rio Verde (Manoel Bernardino dos Santos) e Vila São João (ESF Padre Luiz Benini).

Embora, a ESF Padre Luiz Benini, localizada na Vila São João, seja única neste bairro, atualmente, esta já está em projeto de divisão por sua área abranger mais que o número de habitantes estimados para uma só Estratégia. Acredita-se que tal divisão ocorra, até o final do ano em vigência, projeto que já foi iniciado no ano anterior, quando a contratação de um segundo médico foi realizada. Esta Unidade tem outra característica especial, além de ser uma das maiores e mais distantes do centro da cidade, localiza-se as margens da Br-101. Conta com um público de 6000 habitantes, sendo que cerca de 3.500 é o número de pessoas que permanecerão recebendo atendimento nesta Estratégia de Saúde, após o desmembramento.

Ainda, sobre a área de abrangência, ela é totalmente urbana e a equipe tem, no momento, a seguinte relação de componentes: 2 médicos, 1 Enfermeira Coordenadora da Equipe, 1 técnica de enfermagem, 1 responsável pela distribuição de medicações da farmácia, 1 serviços gerais e 7 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), além da equipe bucal com um Auxiliar de Saúde Bucal e um dentista. Conta com o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF tipo 1), dos quais fazem parte: um farmacêutico, , um assistente social, um educador físico, um fisioterapeuta e nutricionista e dois psicólogos.

Dentre as atividades do cronograma no ESF estão:

- **Consultas Médicas:** através de agendamento e acolhimento de enfermagem.

- **Visitas Domiciliares:** para pacientes acamados, com dificuldade de locomoção ou, quando possível a pacientes debilitados com alta recente de hospitais.
- **Consultas de Psicologia:** Realizadas por um dos psicólogos do NASF, semanalmente.
- **Consultas com Pediatra:** 1 turno por semana para atendimento de puericultura e eventuais enfermidades não emergenciais, abrangendo de crianças até 12 anos incompletos.
- **Grupo de Tabagismo:** realizado sob às orientações do Ministério da Saúde, sendo liderado, atualmente, pela psicóloga do NASF.
- **Grupos de Saúde Mental:** onde são realizadas as receitas bimestrais dos pacientes e acolhimento individual de cada um deles. Existe um interesse de realizar grupos de autoajuda e enfrentamentos, porém por falta de pessoal, ainda não estão sendo realizados.

**Grupos de Gestantes:** encontros mensais, onde se convida profissionais para debater temas relacionados com a gestação, parto e puerpério. Nestes encontros são servidos lanches, e sempre que possível é feita uma distribuição de brindes, doados pela comunidade. Sempre, ao final de cada reunião, é definido junto com as participantes o próximo tema a ser debatido pelo grupo.

**Grupos de Hiperdia:** Os grupos de Hiperdia, sugeridos pelo Ministério da Saúde, têm como objetivo, a prevenção e promoção em Saúde aos pacientes cadastrados no Programa. Atualmente, ele não está em vigor por falta de profissionais em nossa Unidade. A contratação do segundo médico, possibilitou a sua implementação, motivo pelo qual este projeto de intervenção esta sendo realizado.

## OBJETIVOS

### 1. Objetivo Geral:

- Realizar um planejamento de atendimento aos pacientes cadastrados no Hiperdia, minimizando as dificuldades de agendamento de consultas, realização de exames e retornos, melhorando a qualidade dos atendimentos através de uma programação de atendimento do paciente diabético e hipertenso estável, dentro de uma Estratégia de Saúde da Família.

### 2. Objetivos Específicos:

- Realizar um organograma de atendimento a pacientes com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, de acordo com os objetivos do Ministério da Saúde.

- Realizar um estudo de número de pacientes cadastrados e não cadastrados no programa, mas que utilizam o SUS para acompanhamento através de consultas e dispensa de medicamento.

- Realizar esquema de atendimento e palestras nos dias de Grupo de Hiperdia, com auxílio multidisciplinar, através de atividades que envolvam a população.

- Encontrar um espaço adequado para a realização das atividades propostas e acessível a população em geral.

- Reduzir a demanda de atendimentos semanais na Estratégia de Saúde da Família através de palestras e orientações individuais, sobre importância de controle de pressão arterial e diabetes mellitus, sinais de alteração e importância da realização dos exames de rastreio e controle das doenças.

## REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial é um problema da saúde mundial, uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90mmHg. É a mais freqüente das doenças cardiovasculares e comumente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco.

No Brasil, Hipertensão Arterial atinge 32,5% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Junto com Diabetes Mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (Malachias,2016).

Os fatores de risco para Hipertensão Arterial são semelhantes aos de Risco para Arteriosclerose e eventos Cardiovasculares que podem ser divididos em dois grupos de acordo com o tratamento: modificáveis e os não modificáveis. Dentre os não modificáveis estão: idade (maior que 50 anos), sexo (masculino e feminino pós menopausa), genética, etnia e infecção pelo HIV. Já os modificáveis são tabagismo, obesidade e sedentarismo, além de dislipdemia (aumento do LDL e redução do HDL + hipertrigliceridemia), alimentação (ingestão de sal e álcool), Diabetes Mellitus, podendo esses serem erradicados ou controlados..

Os critérios para o Diagnóstico de Hipertensão Arterial são:

- PA no consultório: média entre duas medidas de pressão arterial, em pelo menos duas consultas, com níveis iguais ou maiores que 140x90mmHg.
- Monitorização Residencial (MRPA): média de aferições de PA maiores que 130x85mmHg, feitas corretamente por um aparelho devidamente calibrado.
- Monitorização Ambulatorial (MAPA): média das aferições automáticas. Durante o período de vigília, com valores maiores que 130X85mmHg PA de 24 horas com valores maiores que 125x75mmHg e PA no sono com valores maiores que 110x70mmHg.

A classificação da Hipertensão Arterial, segundo sua etiologia é feita como Hipertensão Arterial Primária e Secundária, sendo a primeira de causa desconhecida e abrange 95% dos diagnósticos. A Secundária por sua vez, tem causa conhecida e dentre elas podemos citar: doença parenquimatosa renal e estenose da artéria renal, sendo menos comum a coarctação da aorta, síndrome de Cushing, feocromocitona, hiperaldosteronismo primário, hipo e hipertireoidismo e uso de drogas ilícitas.

O tratamento é realizado de acordo com a possível causa da doença. Inicialmente é necessário eliminar fatores de risco para este paciente e se mesmo assim indicado, deve-se definir uma melhor estratégia terapêutica para determinado indivíduo. As

metas pressóricas pelo Guideline Americano de 2014 estão referenciadas na tabela abaixo:

<b>Tabela 1: Metas Pressóricas pelo Guideline (2014)</b>	
Idade $\geq$ 60 anos	<150x90mmHg
Idade < 60 anos	<140x90mmHg
Idade > 18 anos +IRC	<140x90mmHg
Idade > 18 anos + Diabetes Mellitus	<140x90mmHg

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial

### **Sobre o tratamento não Medicamentoso:**

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da Hipertensão Arterial englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos (Malachias, 2016).

**Modificação do Estilo de Vida:** consiste em erradicar ou controlar os fatores modificáveis que possam estar aumentando os valores pressóricos, tais como:

- Cessar o Tabagismo e o uso abusivo de álcool: o tabaco não possui efeito pressórico crônico, sendo que eleva a PA em torno de 30 minutos após o seu uso. Porém, ele atua diretamente sobre o endotélio, reduzindo seu potencial vasodilatador, piorando o perfil lipídico e a resistência insulínica. A participação nos grupos de Combate ao Tabagismo podem auxiliar o tratamento, e o uso de nicotina transdérmica, além de fazer parte do tratamento, não eleva os valores de pressão. Já o abuso de álcool, maior que 30 ml de etanol diário, provoca um efeito pressórico crônico por estimulação adrenérgica central.
- Restringir a ingestão de sal: A Pressão Arterial Média de um indivíduo sensível ao sódio pode elevar mais que 10mmHg caso um uso abusivo do mesmo e estes pacientes têm 5 vezes mais chances de desenvolver HA. Uma dieta com restrição de sódio podem baixar os valores em cerca de 5/2,5 mmHg e pode ser observado em média de cinco semanas.
- Controle da Diabetes Mellitus: estudos comprovam que alterações da glicemia colaboram com alterações da pressão arterial, e vice versa, como se um fosse causa *versus* consequência. Sendo método preventivo o tratamento de resistência insulínica e/ou controle da Diabetes Mellitus.

-Tratamento para dislipdemia e obesidade: a obesidade do tipo central e a dislipdemia são fatores de risco para a prevalência de diabetes e hipertensão, além de dificultar o controle medicamentoso. A perda de peso deve ser encorajada a todo paciente Hipertenso.

-Práticas de atividades físicas, evitando o sedentarismo: exercícios regulares 3 a 5 vezes na semana, com período de 30 a 45 minutos, reduz de forma independente os níveis de PA, além de aumentar os níveis de HDL-colesterol, diminuindo assim os riscos cardiovasculares.

### **Sobre o Tratamento Medicamentoso:**

Segundo Ministério da Saúde (2012) a decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular

Drogas Anti-hipertensivas: Atualmente, existe uma grande variedade de medicamentos anti-hipertensivos, e antes de realizar a escolha deve-se observar se realmente existe a necessidade de serem prescritos. Caso esta seja necessária, a escolha da classe mais indicada deve ser feita minuciosamente. Dentre eles diuréticos, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e Antagonistas de Angiotensina são os mais utilizados dentro da rede pública, cada um com suas particularidades.

Drogas com ação anti-hipertensiva: alguns pacientes necessitam a combinação ao seu tratamento de medicamentos psiquiátricos, uma vez que um dos seus fatores de risco é o estresse. Devemos estar sempre atentos para a necessidade dos mesmos.

A chamada pseudocrise hipertensiva é uma situação que não se enquadra na classificação tradicional de urgência e emergência hipertensiva, porém, apresenta-se com uma frequência muito maior em serviços de Atenção Básica. Geralmente, apresenta-se como uma medida de PA elevada associada a queixas vagas de cefaleia ou sintomas e sinais de ansiedade, sem sinais de comprometimento de órgão-alvo (BRASIL, 2012).

É fundamental uma anamnese e exame físico detalhados para realizar o tratamento mais indicado para cada pessoa. Mas mesmo realizando as orientações e prescrições indicadas, não se descarta a continuidade do acompanhamento. Os grupos de atendimentos a pessoas com doença crônica é uma das formas de continuidade com os cuidados necessários. O Ministério da Saúde tem no Sistema de Informações o Programa que cadastra os pacientes hipertensos e diabéticos, esse é feito através do cadastramento feito pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Ele serve na prática para levantarmos a lista de pacientes e podem planificar ações com as mesmas.

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e

sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS (DATASUS, 2017)

Quando se suspeita do diagnóstico de Hipertensão Arterial, uma das orientações pertinentes é a aferição da pressão arterial até o dia da consulta médica. O Ministério da Saúde recomenda que neste período, a pessoa deverá medir a PA na sala de “enfermagem/triagem/ acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário do paciente ou no local indicado para registro do monitoramento da pressão arterial.

Pacientes mesmo após o controle dos valores pressóricos devem manter, rotineiramente, aferições de pressão arterial, com o intuito de realizar um diagnóstico precoce de hipertensão arterial em tratamento descontrolada. Além de sempre que possível, serem lembrados da importância de afastar fatores de riscos mesmo após a doença já instalada e em tratamento.

## **METODOLOGIA E MATERIAIS NECESSÁRIOS**

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Torres, no estado do Rio Grande do Sul. A metodologia constitui-se na execução dos Grupos de Hiperdia, segundo as orientações do Ministério da Saúde, a respeito do atendimento de pacientes com Hipertensão Arterial em Atenção Básica, no ESF Padre Luiz Benini.

O trabalho, por fim, tem 4 momentos distintos:

Momento 1- Realizar junto à equipe, um levantamento de dados no Sistema de Gestão em Saúde, utilizado pela Secretaria de Saúde do Município, sobre do número aproximado de hipertensos acompanhados na Unidade.

Momento 2- Prever, a partir dos números obtidos no primeiro momento, a quantidade de grupos que devem ser realizados semestralmente e o número de participantes que devem estar presentes em cada um deles, as atividades realizadas nos mesmos, na intenção de prevenção de complicações da Hipertensão Arterial e controle da doença, além de diminuir o congestionamento de consultas médicas no ESF.

Momento 3- Colocar em Prática o Projeto de Intervenção proposto.

Momento 4- Avaliação da experiência proporcionada.

**CRONOGRAMA**

	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1- Levantamento do número de hipertensos estimados na área de abrangência do ESF	X					
2- Apresentação da Proposta de Projeto de Intervenção a Equipe e discussão.	X					
3- Organização da agenda do semestre das atividades em grupo	X					
4- Distribuição dos convites de participação para os pacientes hipertensos da localidade.	X	X	X	X	X	X
5- Início da prática de intervenção		X				
6- Análise da Intervenção realizada				X		

## **RECURSOS NECESSÁRIOS**

- Espaço para realização de grupos;
- Material de escritório: agenda, receituário médico, requisição de exames laboratoriais, grampeador, prontuário dos pacientes presentes na atividade.
- Balança, glucosímetro, estetoscópio e esfigmomanômetro;
- Profissionais: Médico, Enfermeiro, farmacêutico, Téc/Aux. Enfermagem, ACS
- Boletins de atendimento coletivo.
- Material Educativo.
- Medicamentos.

## Resultados Esperados

A proposta inicial deste Projeto era implementar o Grupo de Hiperdia no ESF Padre Luiz Benini, na cidade de Torres, com o objetivo geral de um atendimento voltado à prevenção de agravos das doenças, através do acolhimento destas pessoas, através de realização de orientações, atendimento individuais e coletivas, além da solicitação dos exames de rotina para os mesmos.

No primeiro momento do Projeto, quando foram levantados dados epidemiológicos da área de abrangência, observou-se que haviam cerca de 615 pacientes cadastrados como hipertensos, mas que devido a problemas na coleta de dados, ora por áreas descobertas, ora por problemas tecnológicos, estes poderiam chegar a aproximadamente 700 pacientes. Sendo assim, foi realizada uma média entre dados confirmados e dados previstos da equipe e estipulado que para melhor controle e atendimento dos mesmos, consideraríamos um total aproximado de 670, o número de atendimentos semestrais, previstos nos grupos.

Número de Hipertensos na Área de Abrangência do ESF Padre Luiz Benini, por idade e sexo, segundo cadastro dos pacientes no Programa Hiperdia do Ministério de Saúde, (outubro 2017)		
10-14 anos	Masculino	02
	Feminino	01
	Total	03
20-39 anos	Masculino	05
	Feminino	13
	Total	18
40-49	Masculino	28
	Feminino	37
	Total	65
50-59	Masculino	50
	Feminino	89
> 60 anos	Masculino	161
	Feminino	229
	Total	390
Total por sexo	Masculino	246

	Feminino	369
	Total	615

Fonte: Sistema Gercon, 2017

De acordo com a expectativa de pacientes, os grupos foram divididos com o número de 25 pessoas agendadas, estas passam por anamnese médica e os demais pacientes são convidados a freqüentar o grupo para as demais atividades semanalmente, livre demanda.

Os resultados esperados com a esquematização dos grupos podem ser desmitificados, de acordo, com cada ação realizada:

- As **palestras e discussões em grupo**: espera-se através destas orientar os participantes a métodos de obter uma melhor qualidade de vida, controle da doença, além de formas de enfrentamento das adversidades da enfermidade, em questão, e métodos de prevenir-se de complicações causadas por hipertensão arterial descontrolada.

- **Triagem dos participantes**: pesagem, glicemia capilar, altura e aferição da pressão arterial. A avaliação destes dados contribuem com uma avaliação geral do estado de cada paciente. Obesidade é um dos fatores de risco para o diagnóstico de síndrome metabólica: obesidade (aumento da circunferência abdominal), dislipidemia (esteatose hepática), aumento da glicemia (Diabetes Mellitus), entre outros. Obviamente, que apenas estes dados, em um primeiro momento, não podem diagnosticar a síndrome, mas podem indicar possível diagnóstico, o que com a interferência correta minimizariam a instalação da síndrome e/ou complicações destas alterações isoladas.

- **Avaliação médica**: após a palestra e a triagem dos pacientes, estes passam por uma avaliação geral e individual com o médico da equipe que investiga, subjetivamente, sobre sintomas de alterações pressóricas e outras referentes a complicações da hipertensão. Pacientes assintomáticos com controle de níveis pressóricos estáveis realizam a renovação da receita em grupo, além de receberem as requisições dos exames de rotina na época correspondente. Pacientes que mostram alguma sintomatologia podem receber alguma alteração no tratamento medicamentoso no momento da avaliação ou, em alguns casos realiza-se a marcação de uma consulta mais detalhada no ESF, onde levarão seus exames e controles de pressão arterial.

- **Presença do Farmacêutico e distribuição do medicamento prescrito**: O município dispõe apenas, no posto central, uma farmácia autorizada para a dispensa de medicamentos do Programa Hiperdia. O convite ao farmacêutico para participar dos grupos e ali realizar a distribuição das medicações prescritas, além de facilitar aos participantes do programa o acesso, serve como estímulo para os mesmos freqüentarem os grupos. Outro benefício é que durante este momento, o

farmacêutico pode estar orientando melhor sobre posologias e possíveis efeitos adversos do medicamento.

No momento atual, mesmo com apenas 4 meses de Implementação deste Projeto já vimos muitas melhorias no ESF. Percebemos que os pacientes apresentam-se mais engajados em seus tratamentos, mais participativos e envolvidos com as atividades.

A equipe do ESF também teve resultados positivos com a implementação dos grupos, apresentam-se cada vez mais colaborativos e com idéias novas para aprimorá-lo. Concluindo-se que, dentro da Estratégia de Saúde da Família estamos obtendo o objetivo mencionado no início deste Projeto e que faz parte das propostas mencionadas pelo Ministério da Saúde dentro da atenção básica: a promoção em saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação. Este fato, certamente demonstra a importância da Implementação do Grupo de Hiperdia na Estratégia de Saúde da Família, projeto de intervenção em questão.

## REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Din-Dzietham R, Liu Y, Bielo MV, Shamsa F. High blood pressure trends in children and adolescents in national surveys, 1963 to 2002. *Circulation*, 2007.

Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83

Scala LC, Magalhães LB, Machado A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

## **APENDICE A: Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com Hipertensão Arterial**

1. Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos. Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.
2. Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário!
3. Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).
4. Prefira temperos naturais como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjeriço, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros. Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.
5. Alimentos industrializados como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.
6. Diminua o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.
7. Procure evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.
8. Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi). Dê preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.
9. Procure fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado.
10. Mantenha o seu peso saudável. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Fonte: (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2012).