FLÁVIO DE PAULA CARDOSO

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E REDUÇÃO DE SUAS CO-MORBIDADES

PORTO ALEGRE 2016

FLÁVIO DE PAULA CARDOSO

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E REDUÇÃO DE SUAS CO-MORBIDADES

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de especialização em saúde da família da universidade federal de ciências da saúde de porto alegre (UFCSPA/UNA-SUS) como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Eder de Mattos Berg

PORTO ALEGRE 2016

RESUMO

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

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Prevenção de Doença, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 7

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 11

4. VISITA DOMICILIAR 13

5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS 16

REFERÊNCIAS 18

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO 19

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Flávio de Paula Cardoso, brasileiro, natural de Dom Pedrito-RS, cursei medicina na Universidade Federal de Pelotas (UFPel) RS-Brasil, no período correspondente de 2000-2005, com posterior ingresso no Exército Brasileiro em 2006 e alocado em São Gabriel-RS, onde permaneci trabalhando no Posto Médico da Guarnição de São Gabriel, com atendimento aos militares e seus familiares por um período de 15 meses. Em 2007 trabalhei em Pronto-Socorro no município de Dom Pedrito-RS.

Ingressei e conclui a residência médica de Medicina Preventiva e Social na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), atualmente Medicina de Família, no período de 01/02/2008 à 31/01/2010. Em 2010 trabalhei no ESF São Gregório na cidade de Dom Pedrito-RS. No período de 01/02/2011 à 31/01/2013 cursei a residência médica de pediatria e de 01/03/20013 à 28/02/2015 cursei a residência médica em Neurologia Infantil/ Neuropediatria, ambas realizadas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS.

Após ingresso no programa Mais-Médicos fui alocado na cidade de Bagé-RS, localizada na Microrregião da Campanha Meridional, com uma população estimada de aproximadamente 121.500 habitantes (IBGE 2010), contando com 49 locais de atendimento à saúde, sendo 38 destes através do SUS (IBGE 2009).

Dentre estes locais fui encaminhado para trabalhar na UBS Jorge Suñe Grillo, localizado no bairro Tiarajú, na periferia da cidade, com uma área de cobertura muito extensa, abrangendo áreas do centro, bairro Tiarajú, Rincão dos Banhados, área do aeroporto e cobertura da área rural conforme necessário, com atendimento de crianças com patologias neurológicas de outras áreas a pedido da secretaria de saúde municipal. Embora ampla a área de atuação, alguns locais não são populosos, com uma população avaliada previamente de 3200 habitantes, porém sabe-se hoje que este número não condiz com a realidade, pois há alguns anos nota-se aumento da população e não foi realizado novo cadastro de famílias.

Com relação às estruturas comunitárias disponíveis na área de abrangência que servem como apoio a UBS Jorge Suñe Grillo, esta conta com duas escolas locais e uma creche.

A equipe atuante na UBS, no momento, é composta por 1 médico clínico- geral, 1 pediatra 3 turnos por semana, 1 dentista para atendimento geral 5 turnos por semana, 1 dentista para prótese 1 turno por semana, com cobertura para todas as áreas do município, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 1 fisioterapeuta e 1 agente de saúde. Aguardamos a chegada de 2 novos agentes de saúde e, após solicitação da Universidade da Região a Campanha (URCAMP), teremos alunos da nutrição, enfermagem, fisioterapia e psicologia atuando na unidade.

Devido à ampla área de cobertura, as características da população apresentam-se de forma heterogênea, sendo que a maior proporção dos pacientes atendidos são pessoas com baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, tendo como cultura local a saúde voltada apenas para medicina curativa e pouco conhecimento acerca da medicina preventiva. Tem-se também o pensamento que apenas o médico ou o dentista poderão auxiliá-los e não compreendem o trabalho multiprofissional da equipe. Após um período de adaptação na unidade e coleta de dados referentes ao atendimento da população local, noto que sua maior prevalência, conforme já esperado, recai na hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus como patologias crônicas, e infecções respiratórias e dores osteomusculares como formas agudas, sendo estas últimas muito relacionadas ao fato da existência local de trabalhadores braçais no campo.

Sendo assim, como nesta UBS não existiam projetos direcionados a uma intervenção preventiva relacionada a essas patologias, apenas direcionada a saúde da mulher, opto, dentre os projetos implantados após estruturação da equipe, por direcionar este trabalho ao cuidado de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, pois esta patologia esta diretamente relacionada à maior causa de internação por agravos e mortes na cidade, as doenças cardiovasculares.

Para tal intervenção, planejamos a introdução de um projeto direcionado não somente ao tratamento medicamentoso, mas sim a uma orientação quanto às mudanças dos hábitos de vida da população alvo, tendo em vista o controle da pressão arterial sistêmica, a diminuição de seus agravos a órgãos alvo e consequentemente a diminuição de internações e mortes devido à hipertensão arterial sistêmica.

Para tanto, além de consultas direcionadas e controle de medidas de pressão arterial na unidade de saúde, instituímos grupos de caminhadas com a fisioterapeuta e grupos para hipertensos com participação multiprofissional, contando com

médico, fisioterapeuta, enfermeira, e posteriormente com a participação de alunos de enfermagem, nutrição, psicologia e fisioterapia.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Na UBS Jorge Suñe Grillo, bairro Tiarajú, Bagé-RS onde trabalho, os casos crônicos mais prevalentes são a hipertensão arterial sistêmica e o diabete melitus, ambas responsáveis pelo maior número de consultas agendadas, e as doenças respiratórias e osteomusculares como quadros agudos, sendo responsáveis pelas consultas do dia. Estas últimas são freqüentes devido à atividade econômica local relacionada ao campo, tendo, portanto, vários trabalhadores braçais na área de cobertura. Com base nos casos crônicos mais freqüentes, darei como exemplo o caso de um paciente da unidade relatado abaixo.

D.M.F.N., 56 anos, masculino, pardo, casado, com uma filha, trabalha como mecânico, veio a consulta com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, relatando tratamento há 3 anos após avaliação médica e está em uso de captopril 25mg manhã e sinvastatina 20mg noite, no momento apresentando quadro de torcicolo à direita, sendo esta a causa da procura por atendimento na UBS. Refere esta queixa há 2 dias e, como não houve melhora neste período, resolveu procurar atendimento. Relata ser ex- tabagista tendo parado há 20 anos, com período de tabagismo de aproximadamente 18 anos, com média de 10 cigarros ao dia, nega etilismo e não realiza dieta hipossódica.

Ao exame físico apresentava-se com bom estado geral, lúcido e orientado, mucosas normocoradas e hidratado, acianótico, anictérico, afebril e eupneico, com fáscies de dor ao tentar mobilizar a cabeça enquanto conversa. AC= RR,2T,BNF, sem sopro, Carótidas= sem sopros ou demais achados, AP=MV +,sem ruídos adventícios, Abd= RHA+, sem visceromegalia, Membros superiores e inferiores com pulsos palpáveis e sem edema, Osteomuscular= dor a palpação de musculatura esternocleidomastóidea direita , com sinais de contratura e dor a mobilização cervical. PA= 160/90 mmHg, FC=86 bpm, FR= 16mrpm, P=86 Kg, Alt=1,68m, IMC= 30,4, não realizado HGT no momento pois não havia fitas de hemoglicoteste na unidade. Como conduta foi prescrito Beserol, 1 comprimido de 12/12h por 3-5 dias, calor local e repouso de atividades que exigissem esforços

no local da dor. Como o paciente após diagnóstico de hipertensão arterial e dislipidemia não havia realizado novos exames, solicito exames laboratoriais, eletrocardiograma e raio-x de tórax, sendo orientado controle de PA e dieta hipossódica, com encaminhamento para nutricionista.

Ao retornar para segunda consulta, o paciente referiu melhora do torcicolo e trouxe os resultados dos exames solicitados em última consulta e controle de pressão arterial, sendo este realizado na UBS. No momento estava sem queixas. Exames de 21/03/16 com Hm=5,26, Hg=15,6, Ht=46,5, VCM=88,4, HCM=29,7, CHCM=33,6, RDW= 12,9, Leuc=6400, Neutr=51%, Eos=2%, Mono=3%, Linf+44% e Plaquetas=240000; glicemia de jejum=137mg/dl, uréia=46, creatinina=1,03, colesterol total= 276, HDL= 57,1, LDL= 180, TG= 195, T4L=0,9, TSH= 4,61, EQU= com traços de glicose; ECG de 14/04/16 normal e raio-x de tórax de 22/03/16 sem alterações.

O paciente ainda não havia consultado com a nutricionista, mas já iniciou com dieta hipossódica, e em seu controle de pressão arterial demonstrou ainda características de hipertensão arterial sistêmica leve, com medidas em torno de 150/100 mmHg, opto então por aumentar captopril 25mg para 12/12h e momentaneamente não modifico a dose de sinvastatina, pois o paciente ainda não está realizando dieta orientada por nutricionista.

Solicito novo exame de glicemia e hemoglobina glicada A1c, pois ainda não há fitas de hemoglicoteste na UBS.

Novamente oriento dieta, atividade física e controle de PA. O paciente então retornou para outra consulta com os últimos exames laboratoriais de 28/04/16, com glicemia de jejum de 137 mg/dl, hemoglobina glicada A1c de 6,7 , confirmando quadro de diabete melitus, porém com baixos valores de glicemia. O controle de pressão arterial demonstrou melhora das medidas anteriores com média de 130/80 mmHg. Opto no momento apenas por manter dieta e converso com nutricionista quanto ao diagnóstico recente de DM, e sobre dislipidemia e HAS controlada.

Farei controle de HGT na unidade após chegada do material para tal, e conforme resultados, iniciar com hipoglicemiante oral, que devido ao IMC do paciente, teria como indicação a metformina. Mantenho captopril na dose citada acima e controle de PA, sendo esta medicação uma boa indicação para pacientes com DM. Posteriormente solicitarei novo controle laboratorial para avaliar dislipidemia e novamente para controle glicêmico, e, conforme resultados de perfil

lipídico, aumentar a dose de sinvastatina.

O quadro clínico relatado acima demonstra um homem de 56 anos, cor parda, com baixo poder aquisitivo e que apresenta hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade e diabete melitus. Nota-se que o paciente não apresentava um acompanhamento adequado com controle de pressão arterial, orientação dietética e atividades físicas, fatores estes essenciais para o controle de suas patologias, sendo que somente procura a UBS com o propósito de auxiliá-lo em quadros agudos como forma curativa e não de forma preventiva as complicações e estabilidade de patologias crônicas pré-existentes.

Nos estudos realizados por Costa et al. (2007) a hipertensão arterial demonstra-se intimamente ligada com as más condições de vida associados a condições próprias, como a cor da pele, sendo mais freqüentes em pessoas da cor não branca, história familiar, sobrepeso e obesidade, características estas encontradas no paciente supra-citado. Costa et al. (2007) ainda demonstra no mesmo artigo, que a elaboração de medidas para mudanças de hábitos de vida mais saudáveis e o controle terapêutico são imprescindíveis para diminuição dos níveis da doença e mortalidade, resultados estes também encontrados nos estudos de Oliveira et al. (2013).

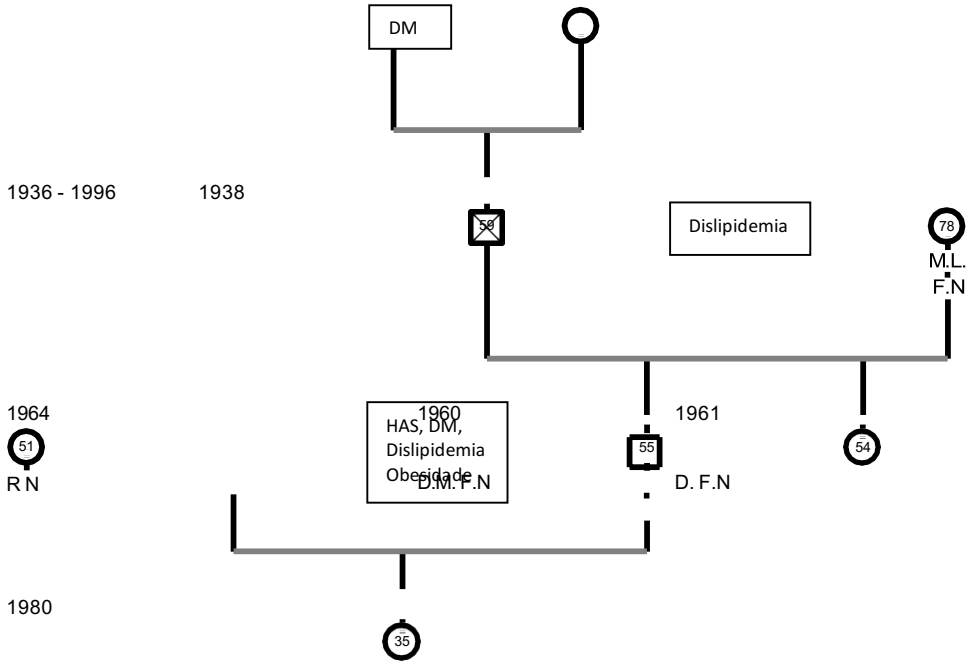
A hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia e o excesso de peso são importantes fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes melitus, sendo que os dois primeiros são responsáveis pelo aumento em três vezes desta patologia e o último por aumento em duas vezes, conforme Sousa et al (2013). Este mesmo estudo demonstra a importância do controle da hipertensão arterial sistêmica associada ao diabete melitus, com medidas tensionais abaixo de 130/85 mmHg, pois essa patologia é responsável por lesões microvasculares e macrovasculares, tornando-se responsáveis pelas principais causas de eventos cardiovasculares no diabete melitus tipo 2.

Tendo como base os artigos avaliados e as experiências adquiridas no acompanhamento das patologias crônicas relatadas acima, noto a importância das mudanças dos hábitos de vida, como dieta orientada, atividade física regular e o não tabagismo e etilismo, porém também percebo a dificuldade encontrada pela população local em seguir tais orientações, seja pela cultura local, baixa escolaridade ou poder econômico, pois embora tenhamos oferecido na UBS a

oportunidade de participarem nos grupos destinados, há baixa adesão, principalmente nas atividades físicas coordenadas pela fisioterapeuta.

Sendo assim, reforço a dificuldade em modificar uma cultura local preexistente, que não visualiza a prevenção da saúde e sim uma atenção mais voltada ao tratamento curativo de sintomas agudos, sem medidas de mudanças em seus hábitos de vida e direcionado exclusivamente a terapêutica medicamentosa.

FIGURA 1. GENOGRAMA DE D.M.F.N. HAS=HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA; DM= DIABETE MELITUS.



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A UBS Tiarajú, local onde atualmente atuo como médico clínico geral, apresentava, como estratégia de prevenção e promoção a saúde voltadas a infância e gestação, os programas de puericultura e pré-natal realizados pela pediatra e enfermeira respectivamente, sendo o atendimento da primeira duas vezes por semana. Os atendimentos direcionados as patologias referentes à saúde mental eram encaminhadas diretamente aos especialistas, sem um acompanhamento realizado na unidade, apenas a repetição de receitas realizadas no local.

Após uma avaliação inicial da forma como eram realizadas a puericultura e pré-natal, e a necessidade de proporcionarmos uma atenção direcionada aos pacientes com patologias psiquiátricas, resolvemos reestruturar os programas e buscar os motivos que levam a baixa adesão e perda do acompanhamento, ou até mesmo o não acompanhamento como na saúde mental.

Os pacientes que apresentavam doenças psiquiátricas, assim como também com patologias de outros sistemas, viam a UBS apenas como um trampolim para as especialidades e, devido ao estigma de quem se trata nesses locais, faziam com que houvesse uma baixa aderência ao tratamento e acompanhamento. Havia também uma necessidade de um acompanhamento integral destes pacientes e uma compreensão do ambiente em que estão inseridos, proporcionando então um local onde se sintam acolhidos, acompanhados, tratados e de fácil acesso. Porém, ainda há uma cultura local referente às mais frequentes patologias psiquiátricas atendidas na UBS, os transtornos depressivos e de ansiedade, não entendidas como doenças por muitos na população.

Sendo assim, gradativamente estamos trazendo estes pacientes para consultar e acompanhar através desta UBS, com planeamento futuro de grupos direcionados a esta área. Quanto ao pré-natal, embora já houvesse a cobertura adequada, assumo o programa juntamente com a enfermeira, aumentando a oferta do atendimento e buscando cada vez mais qualificar o atendimento, enfatizando a grande relação existente entre a gestação e o recém-nascido, com um acompanhamento não somente voltado ao quadro clínico orgânico, mas sim de todas as mudanças psicoafectivas, o suporte familiar e o meio na qual a gestante está inserida.

Optamos então por realizar grupos de gestantes com o intuito de maior acolhimento, esclarecer dúvidas e enfatizar orientações, como por exemplo, a amamentação exclusiva, um dos maiores problemas encontrados em nosso meio. A puericultura foi um dos assuntos enfatizados, ao ingressar no Programa Mais Médicos, devido ao aumento da mortalidade infantil em 2015 no município, embora este índice não tivesse aumentado na área de cobertura desta unidade.

Devido a isto discorrerei sobre o assunto. Quando falamos em puericultura devemos pensar não apenas em avaliar as medidas da criança e sua nutrição, e sim como um acompanhamento direcionado a promoção de saúde em toda a sua plenitude. Devemos avaliar e acompanhar as características físicas, nutricionais, seu desenvolvimento neuropsicomotor, imunizações, higiene, sua relação com a mãe, ambiente familiar e social na qual está inserida e, quando detectadas alterações, intervir para que não ocorra maiores complicações futuras em decorrência destas, promovendo assim um futuro saudável para os pacientes.

A frequência na qual vem sendo realizadas as consultas segue a orientação do Ministério da Saúde que recomenda 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, próximas ao mês do aniversário.

Caso notarmos que os pacientes pertençam a grupos de risco, optamos pelo acompanhamento com a 1ª consulta precoce – 3 a 7 dias após a alta da maternidade, nova consulta no final do 1º mês e, daí em diante: mensalmente no 1º semestre, consultas aos 6, 9 e 12 meses, consultas trimestrais no 2º ano, semestrais no pré-escolar e anuais no escolar ou um maior número de consultas conforme a necessidade.

Frente ao que é proposto acima, lembramos da maior dificuldade encontrada para a adequada realização deste programa, pois para algumas mães não há o porquê acompanhar com o médico se o filho não está doente, perdendo assim o acompanhamento. Porém, nota-se que mesmo sem vir às consultas marcadas, a grande maioria apresenta a vacinação em dia, algo também demonstrado por Vitolo et al. (2010), que relaciona a perda de acompanhamento a baixa escolaridade materna e desestrutura familiar.

Para tentarmos corrigir isto, há a necessidade de maior orientação a mãe e familiares, sendo que a equipe da UBS tem a oportunidade de orientá-los desde

a gestação. Outro problema encontrado e infelizmente ainda persistente, diz respeito à amamentação materna exclusiva, pois ainda figuram crenças de que o leite é fraco, familiares e conhecidos orientam o uso de chás, experiências prévias dos mesmos de forma equivocada levando assim a introdução de outros alimentos precocemente e de forma inapropriada.

Devido ao fator econômico, por vezes, a mãe tem que voltar a trabalhar precocemente levando assim ao desmame. Fujimori et al. (2010) em seus estudos defendem o estabelecimento do aleitamento materno através das experiências vivenciadas pelas mulheres, suas percepções acerca do leite materno e sobre si próprias enquanto nutrizes, além das inseguranças e dificuldades enfrentadas. Sendo assim, para todas as atividades direcionadas a medicina preventiva e a promoção da saúde, há de se mudar a característica cultural através da educação populacional e das equipes atuantes nesta área, fazendo com que a saúde, cada vez mais, tenha um caráter preventivo e menos curativo, pois somente assim poderemos mudar a situação atual pela qual passamos em nosso país.

4. VISITA DOMICILIAR

O atendimento domiciliar apresenta um papel fundamental na assistência à população, baseando-se na promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes que, de forma momentânea ou persistente, apresentem perdas funcionais e dependência para a realização de atividades de sua vida diária, buscando assim o máximo de sua autonomia. Devido a estas afecções, os pacientes apresentam muita dificuldade ou se tornam incapazes de se deslocarem até a unidade de atendimento, sendo necessário o atendimento em seus lares.

Para tanto, é imprescindível uma equipe de saúde com conhecimento adequado, preferencialmente com característica interdisciplinar e com intuito de cada vez mais, humanizar o atendimento, prestando desta forma a assistência não somente ao paciente, mas a todos que o cercam, como a família e principalmente os cuidadores. Na UBS Jorge Suñe Grillo, onde atuo, noto que as características dos pacientes atendidos em ambiente domiciliar, em sua grande maioria, são um reflexo da longevidade da população, sendo portadores de doenças crônicas em

quase sua totalidade. As patologias que necessitam de atendimento domiciliar devido à perda funcional temporária nesta área, desde meu ingresso no programa, estão relacionadas a jovens que sofreram acidentes, e até o momento, todos com recuperação de suas autonomias.

Frente aos pacientes com doenças crônicas com dependência para a realização das atividades diárias ou perda funcional, é de fundamental importância a atuação de um cuidador, que em sua maioria são mulheres e familiares dos enfermos. Para tanto, há uma grande responsabilidade imputada ao cuidador referente ao auxílio para questões de higiene, medicação, mobilização, dentre várias tarefas necessárias prestadas ao paciente, sendo por muitas vezes negado ajuda por familiares deste, gerando estresse e comprometimento para a saúde de quem pratica estas tarefas. Sendo assim, cabe a equipe de saúde orientá-los, tanto paciente quanto cuidadores, familiares e demais pessoas inseridas no contexto, quanto a melhor forma de proceder frente as situações apresentadas, com ênfase, logicamente, no cuidado prestado ao paciente.

As visitas domiciliares são realizadas semanalmente, sendo agendadas pelos familiares dos pacientes e, em alguns casos, marcados pela própria equipe para acompanhamento através de um controle realizado na unidade referente ao período da última consulta. Devido à área muito extensa e a alguns lugares de difícil acesso, necessitamos de uma condução fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde nos referidos dias. Atualmente, com a contratação dos agentes de saúde, este controle sobre a necessidade de acompanhamento domiciliar será otimizado, pois infelizmente o conhecimento acerca deste assunto por parte da comunidade ainda não é o desejado.

Quanto a forma na qual é realizada a vista ao domicílio, em sua maioria, é realizada pelo médico e a técnica em enfermagem, sempre com o aval do paciente e/ou de sua família, buscando realizar não apenas a resolução de uma eventual queixa, mas sim com um apoio voltado a promoção da saúde como um todo. Tentamos ao máximo orientar cuidadores e familiares no auxílio dos pacientes e os lembrar quanto à necessidade de cuidar de sua própria saúde, pois muitas vezes este ambiente de cuidado contínuo gera um desgaste tanto físico quanto emocional a todos os envolvidos.

Contamos também com o auxílio do fisioterapeuta da unidade para as vistas,

porém em menor frequência, pois novamente encontramos dificuldade no deslocamento para tal. Os demais membros da equipe apresentam uma resistência ao incorporar estas atividades, porém gradativamente serão incentivados a realizá-las também. Atualmente a vigilância sanitária está atuando junto à equipe da unidade para o combate do mosquito *Aedes aegypti*, com o intuito de prevenção para as doenças transmitidas por este vetor, sendo que em nossa cidade ainda não há registro de tais patologias.

Conforme descrito acima, noto que a forma interdisciplinar desejada e projetada por mim ainda não está em seu pleno funcionamento, pois como já relatado, ainda há resistência por alguns membros da equipe, que, assim como algumas pessoas da comunidade local, ainda não assimilaram esta forma de intervenção neste processo.

Ainda vigora o pensamento retrógrado de uma forma de atendimento apenas curativo e centralizado, sem a devida expansão do cuidado a população de uma forma preventiva, sendo que esta diminuiria o processo de complicações de patologias crônicas e subsequentemente as internações hospitalares, que cada vez mais nos levam a superlotação e consequentemente uma assistência inadequada a população como um todo.

Para conseguirmos alcançar um nível adequado de saúde pública em nosso país há de se mudar a cultura local, pois este pensamento coexiste tanto na população quanto nos profissionais de saúde, e se estende ao governo despreparado para a coordenação de tal projeto associado ao investimento financeiro inadequado.

5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS

A medicina aplicada nas unidades básicas de saúde e ESF, tendo sua especialidade representada através da medicina preventiva e social e saúde da família, demonstra ser a forma mais ampla de atuação dento da medicina, sendo necessários conhecimentos para promoção da saúde do ser humano em toda a sua plenitude, não buscando apenas o indivíduo, mas também a família e o meio em que está inserido.

Esta área de atuação demonstra ser de extrema importância, pois serve como o primeiro contato do paciente frente ao seu atendimento na saúde pública, recaindo sobre os profissionais desta área a responsabilidade de acolher o paciente, diagnosticá-lo, tratá-lo e acompanhar sua evolução, e caso necessário encaminhá-lo da melhor forma possível para os outros níveis de atenção a saúde. Devemos saber que esta especialidade está interligada a outras áreas de atuação na saúde, devendo fazer parte de uma equipe com o mesmo propósito, complementando-se e buscando a melhor forma de atenção a comunidade em que atua.

Este curso apresenta tal propósito, com ensinamentos voltados a atenção à comunidade, buscando seguir as diretrizes do SUS e capacitar os profissionais de saúde, dentro de cada área, qualificando seu atendimento e consequentemente promovendo uma assistência melhor a população.

Para mim este curso serviu como revisão, pois como já relatado, já possuo esta especialização através da Residência Médica realizada pela Universidade Federal de Pelotas e, mesmo comunicando aos coordenadores, fui orientado a realizar o referido curso.

Ao realizar uma avaliação crítica sobre o Programa Mais Médicos, noto que há diversas contradições neste, pois como podemos pregar um atendimento longitudinal à população se existe um período máximo estipulado de permanência do médico. Enfim, sei que o programa está em aprimoramento e que adaptações existirão, tanto pela organização governamental quanto a aceitação da classe médica e a comunidade.

Quanto à minha atuação na unidade de saúde, juntamente com a equipe em que trabalho, modificamos a forma de atendimento, não baseado apenas ao atendimento direcionado a forma curativa, como estava ocorrendo, com dez

atendimentos no turno da manhã no período de uma hora, mas sim com a implantação de um atendimento qualificado e também direcionado a prevenção, com a criação de grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de caminhadas para estes e grupos de gestante.

Qualificamos também o atendimento ao idoso, a saúde da mulher, o pré-natal e a puericultura, e gradativamente estamos melhorando a saúde direcionada ao homem, esta de maior dificuldade em aceitação por fatores culturais em nossa região. Ampliamos a nossa forma de atuação com atendimento domiciliar e foi realizado um acordo com uma universidade local para que estudantes da área de fisioterapia, enfermagem, psicologia e nutrição atuassem também nesta UBS. Gradativamente há maior interdisciplinaridade, não apenas com as áreas citadas, mas também com a odontologia, sendo então realizadas reuniões com o intuito de aproximar as especialidades, discutir sobre os casos clínicos e organização da UBS. Devido as minhas especialidades também em pediatria e neuro pediatria realizo assistência, quando necessário, as outras unidades de atendimento no município.

Frente ao supracitado, noto uma melhora significativa na forma de atuação da equipe, algo também referido pela comunidade, porém há muito o quê melhorar, pois infelizmente não contamos com o devido apoio da Secretaria Municipal quanto as nossas reivindicações. Há uma dificuldade muito grande no apoio do nível terciário, relacionado principalmente aos médicos que atuam neste local, pois infelizmente ainda vigora um preconceito quanto aos médicos que trabalham na saúde comunitária. A aquisição de exames, com uma demora significativa em sua realização, também prejudica a qualidade de alguns atendimentos. Sei que estes problemas não afligem somente a UBS onde trabalho, pois é algo referido não somente nesta cidade, mas em todo país, e que certamente esta unidade apresenta uma estrutura física e equipe não presentes em outros lugares, mas temos sempre que buscar melhorar em todos os nossos quesitos, através de estudos, qualificação dos profissionais e a estrutura em nosso local de trabalho, fazendo com que possamos alcançar um patamar de excelência no atendimento a população.

Para concluir, deixo o meu pensamento de que não adianta idealizarmos algo se não atuarmos para que aconteça. Devemos fazer a nossa parte e servir

como exemplo aos outros, não como forma de insuflar o ego, mas como um caminho para realizar o que é correto e dessa forma, com certeza, tornar o trabalho mais próspero. A saúde de um indivíduo, de uma comunidade, cidade, estado e país, não melhorará enquanto não fizermos a nossa parte, cada um em sua área de atuação, tanto profissionais de saúde quanto os governantes, pois somente assim vejo como poderíamos mudar este panorama vigente na saúde em nosso País.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33);
- COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.,** v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007;
- FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 33, p. 315-327, 2010;
- OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013;
- SOUZA L. J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.,** v. 47, n. 1, p. 69-74, 2003;
- VITOLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 1, p. 80-84, 2010.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

FLÁVIO DE PAULA CARDOSO

INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL E REDUÇÃO DAS CO-MORBIDADES DE HIPERTENSOS NA REGIÃO DE COBERTURA DA UBS JORGE SUNÉ GRILLO.

PORTO ALEGRE 2016

1. INTRODUÇÃO

O município de Bagé localiza-se na Microrregião da Campanha Meridional no estado do Rio Grande do Sul, Brasil e apresenta uma população estimada de 121.500 habitantes (IBGE 2010). Esta cidade apresenta 49 locais de atendimento à saúde, sendo que 38 destes têm o atendimento através do SUS (IBGE 2009). A UBS Jorge Suñe Grillo é uma unidade básica de saúde localizada na periferia de Bagé, e se apresenta com apenas uma equipe de saúde atuante e, infelizmente, incompleta, tendo em sua área de cobertura uma população de aproximadamente 3200 habitantes conforme dados adquiridos e desatualizados na própria unidade básica.

Após uma avaliação inicial das patologias com maior prevalência nesta unidade de saúde nota-se que a hipertensão arterial sistêmica e as complicações em decorrência desta, dentre as patologias crônicas encontradas, foi, conforme já esperado, uma das principais causas de busca por atendimento médico e causa de internação hospitalar. Nota-se também que estes pacientes, em um número expressivo, não se apresentavam compensados e realizando seu tratamento adequadamente, tanto medicamentoso quanto em seus hábitos de vida.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma entidade clínica multifatorial descrita como a presença de níveis tensionais médios de pressão arterial elevados e sustentados, que apresentam um risco significativo, a curto e longo prazo, de ocasionar comprometimentos cardiovasculares. Esta relação tem sido descrita desde 1896 após desenvolvimento da técnica de esfingmomanometria e descrição dos sons de Korotkoff que, gradativamente, após maior conhecimento e estudos epidemológicos, demonstrou sua gravidade sendo o maior causador de morbimortalidade da atualidade em nosso país.

JUSTIFICATIVA

Devido ao panorama vigente, optou-se por realizar uma intervenção direcionada ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e prevenção das

complicações advindas desta patologia que, sabidamente, é um problema grave e de extrema importância em saúde pública no Brasil e no mundo, conforme dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO

Devido à alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica, suas complicações e mortalidade, uma intervenção precoce e correta fará diminuir a morbimortalidade e, conseqüentemente, as internações hospitalares devido a esta patologia, promovendo assim a melhora de qualidade de vida da população alvo.

1. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Realizar um programa direcionado ao controle da pressão arterial e redução das comorbidades relacionados à HAS na região de cobertura da UBS Jorge Suné Grillo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar rastreamento populacional para HAS;
- Realizar cadastro específico de hipertensos da área;
- Realizar grupos de hipertensos para orientações coletivas, avaliação pressórica e distribuição de medicação;
- Otimizar tratamento medicamentoso, nutricional e de hábitos de vida.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), através de suas Diretrizes de Hipertensão Arterial VI, define a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA ≥140 x 90mmHg). Deve-se compreender também que esta patologia através de alterações metabólicas e comprometimento de órgãos-alvo, como encéfalo, coração, rins e vasos sanguíneos, aumenta o risco de ocorrer eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Dentre as patologias associadas comprovou-se que aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e 40% da etiologia dos acidentes vasculares encefálicos são provenientes da hipertensão arterial sistêmica, pois esta é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose, trombose e fator etiológico direto de cardiopatia hipertensiva. Somados a essas patologias encontra- se também a insuficiência renal crônica, vasculopatias periféricas e a insuficiência cardíaca, patologias que associadas às citadas anteriormente fazem com que a hipertensão arterial sistêmica seja potencialmente causadora de doenças crônico- degenerativas responsáveis pela redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (FUCHS, 2004).

A hipertensão arterial sistêmica é um problema grave e de extrema importância em saúde pública no Brasil e no mundo, conforme dados que demonstram uma prevalência que varia de 22% a 44% no Brasil (média de 32%), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Piccini et al.(2012) demonstraram em seu trabalho que, dentre os pacientes avaliados com hipertensão arterial sistêmica no Brasil, o estado descompensado de pressão arterial foi mais prevalente em homens, com idade superior a 40 anos e que moraram na região Sul do país. Na cidade de Bagé, a principal causa de mortalidade local ocorre devido a doenças cardiovasculares, sendo estas responsáveis por 24,7% dos óbitos registrados conforme o IBGE (2014).

Tendo em vista os dados citados acima e a relação direta da hipertensão arterial descompensada com comprometimento cardiovascular, torna-se necessário uma intervenção com o intuito de mudar esse panorama vigente, pois sabidamente através do controle inicial do quadro pode-se prevenir o surgimento de suas

comorbidades. Para que se obtenha um controle de pressão arterial adequada é necessário que haja um acompanhamento contínuo pelo mesmo médico, fazendo com que a longitudinalidade torne-se fator significativo para obtenção do resultado esperado (PICCINI e VICTORA, 1997), sendo que não apenas este profissional, mas toda a equipe de atenção primária a saúde sejam capacitados para orientação sobre fatores de risco e avaliação de comprometimento de órgãos–alvo, sendo variáveis consideradas como qualificadores de cuidado (ASNANI et al., 2005).

Para compensar os níveis pressóricos arteriais é essencial a mudança de hábitos de vida, com ênfase principalmente na orientação alimentar visando a diminuição de peso em pessoas obesas ou com sobrepeso e a diminuição da ingestão de sal na dieta, associados a prática de atividade física, parar de fumar e diminuir o consumo de álcool (FERREIRA et al., 2009). A adoção destes comportamentos saudáveis e o adequado controle dos principais fatores de risco cardiovasculares podem ser definidos como saúde cardiovascular (RAMOS, 2015).

Para a instituição de medicamentos anti-hipertensivos devem-se levar em consideração os níveis de pressão arterial, o risco cardiovascular e as preferências do paciente, sendo utilizadas para isso diversas classes de fármacos selecionadas conforme as necessidades individuais, idade, história familiar, comorbidades , lesões de órgãos-alvo e estado gestacional, sendo que frequentemente o tratamento requer a associação de dois ou mais medicações devido a sua característica multifatorial (BRASIL, 2010).

É importante enfatizar que muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente. Se não mais evitável a HAS, o seu controle poderá evitar grande parte das complicações e do seu impacto social (LESSA, 2006).

3. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção e rastreamento em hipertensão arterial sistêmica na população alvo da região de cobertura da UBS Jorge Suñe Grillo, fazendo com que a comunidade local que apresente esta patologia a compreenda, assim como as complicações desta, e passe a realizar seu tratamento e acompanhamento adequadamente na UBS através de seus grupos direcionados.

PACTUAÇÃO DAS AÇÕES

O projeto será apresentado para toda a equipe da UBS Jorge Sunê Grillo em reunião local e posteriormente discutido especificamente com os profissionais participantes e representantes da comunidade.
Semanalmente serão avaliados e discutidos os resultados obtidos com a equipe da UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

O trabalho de rastreamento e cadastro de hipertensos terá início em Novembro de 2015 na UBS, tendo como população alvo todos os pacientes que consultem na unidade, com idade superior a 18 anos, salvo exceções referentes a clínica e patologias que sejam necessárias a medida da PA em pacientes com idade inferior ao citado. Conforme rastreio, os pacientes serão encaminhados a consulta para avaliação clínica e terapêutica, sendo então convidados a participar de atividades em grupos destinados aos hipertensos.

Devido a equipe reduzida e presença de apenas uma ACS, a divulgação será através da própria UBS, seus representantes na comunidade e realização de dias direcionados ao programa com divulgação através da rádio local.

EXECUÇÃO DAS AÇÕES

O rastreio será realizado através de aferições de PA (pressão arterial sistêmica) na UBS pelo médico e técnico em enfermagem (não há enfermeiro na UBS) com posterior cadastro deste no grupo de hipertensos. Também serão encaminhados a UBS todos os pacientes com histórico de PA elevada referentes ao acompanhamento da ACS e por orientação dos representantes da comunidade.

Após o cadastro, passarão por avaliação clínica e serão submetidos ao tratamento conforme cada caso, sendo então convidados a participar dos grupos e a manter acompanhamento através da unidade. Os grupos serão direcionados a orientação, controle através de aferição de PA, mudança terapêutica se necessário e liberação de medicação. Estes grupos serão coordenados pelo médico e técnica em enfermagem. Também será realizado grupo de atividades físicas direcionados aos hipertensos com coordenação da fisioterapeuta da UB. Será convidado nutricionista para orientação nutricional através de palestras.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento do projeto será realizado semanalmente para avaliação de resposta terapêutica, aderência ao tratamento, aceitação e participação popular nos grupos propostos. Tomando como base estes dados, serão reavaliadas as estratégias utilizadas para que se tenha a melhor resposta ao projeto implantado.

4. CRONOGRAMA

	2015/16					
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr
Apresentação do trabalho para a equipe da UBS Jorge Suñe Grillo e representantes da comunidade	X					
Orientação individual sobre o funcionamento do projeto com a equipe atuante	X					
Execução do projeto de intervenção		X	X	X	X	
Implantação de grupo de acompanhamento de hipertensos		X				
Implantação do grupo para atividades físicas orientadas pela fisioterapeuta			X			
Análise dos resultados						X
Apresentação dos resultados e avaliação do projeto						X

5. RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários para a implantação do projeto basicamente serão o comprometimento da equipe já atuante na unidade básica e o material já existente para o rastreamento e acompanhamento da população alvo. Foi solicitado material para a implantação do projeto referente às atividades físicas orientadas pela fisioterapeuta da unidade, porém ainda aguardamos retorno da secretaria municipal de saúde.

5.1 RECURSOS HUMANOS

- Médico clínico geral;
- Técnica em enfermagem;
- Agente comunitária de saúde;
- Fisioterapeuta;

Obs: Esta é a equipe que trabalha diariamente na unidade.

5.2RECURSOS MATERIAIS

- Prontuário de atendimento aos hipertensos;
- Canetas esferográficas;
- 2 esfingmomanômetros;
- 2 estetoscópios;
- 10 caneleiras com peso de 1 Kg;
- Bastões com 1 metro de comprimento cada e diâmetro de 7cm aproximadamente.

6. RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados para este projeto de intervenção são o de tentar rastrear a totalidade ou o maior número possível de hipertensos na área de cobertura da UBS Jorge Suñe Grillo e a obtenção do controle pressórico destes pacientes, fazendo com que estes passem a aderir adequadamente ao tratamento proposto, tanto medicamentoso como em seus hábitos de vida. Dessa forma, futuramente, diminuir a ocorrência de complicações referentes ao não controle da hipertensão arterial sistêmica e a melhora ou estabilização se essas já estiverem instaladas.

Sendo assim, tenho como proposta não apenas um projeto momentâneo, mas sim uma intervenção que se perpetue e modifique um panorama vigente neste local, com uma longitudinalidade real ao acompanhar estes e novos pacientes, e uma conscientização tanto da população da área de cobertura desta UBS como de seus profissionais com relação à hipertensão arterial sistêmica e suas complicações, causas estas de maior morbimortalidade no mundo.

REFERÊNCIAS

- ASNANI, M. et al. A clinical audit of the quality of care of hypertension in general practice. West. Indian. Med. J., v. 54, n. 3, p. 176-180, Jun 2005.
- BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 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. Cadernos de Atenção Básica, n. 37 – Brasília, 2013, 128 p.
- FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In.: DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas e atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p 641.
- FERREIRA, S. R. S. et al. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde. Gerência de saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, s.n., 2009, p. 22-25.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Informações básicas dos municípios: Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430160&search=rio -grande-do-sul|bage>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Informações básicas dos municípios: Serviço de Saúde 2009. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=430160&idtema=5 &search=rio-grande-do-sul|bage|servicos-de-saude-2009>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev. Bras. Hipertens., v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.
- PICCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 543-550, Jun 2012.
- PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 595-600, Out-Dez 1997.
- RAMOS, S. S. Prevenção cardiovascular: o que nossas instituições estão fazendo? Rev. Socied. Cardiol. Est. do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, no 28, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Suplemento 1, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.