



**BARBARO FLEITES ALFONSO**

**"A UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS" - UMA EXPERIÊNCIA DOCENTE**

**PORTO ALEGRE-RS**

**2016**



**BARBARO FLEITES ALFONSO**

**"A UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS" - UMA EXPERIÊNCIA DOCENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Eder de Mattos Berg.

**PORTO ALEGRE - RS**

**2016**

“ Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. ”

Paulo Freire.

## 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, Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO .....	9
2.1 CASO CMBA (CASO CLÍNICO REAL) .....	9
2.2. GENOGRAMA .....	10
2.3 PROJETO SINGULAR TERAPÊUTICO CASO CMBA.....	11
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	13
4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	15
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
REFERENCIAS .....	19
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	20

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Bárbaro Fleites Alfonso, tenho 49 anos e nasci em Santa Clara, Cuba. Sou médico, especialista em Medicina de Família e Comunidade, e Medicina Física e Reabilitação. Desde minha chegada ao Brasil, trabalho na unidade de saúde da família Núcleo Esperança. Restinga, município de Porto Alegre. A equipe está formada por: um médico, uma enfermeira (coordenadora), um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário, quatro técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), é para trabalhar duas equipes, mais está incompleta.

O processo de trabalho da equipe é discutido em reuniões semanais, os membros da equipe participam para resolver assuntos pertinentes ao trabalho de forma conjunta. O agendamento do atendimento dos profissionais é organizado para facilitar o acesso dos usuários. A estrutura da unidade é adequada e contamos com os equipamentos e instrumentos necessários para oferecer diversos serviços à população. Porém, existem algumas limitações, relacionados com os materiais para a instalação e manutenção da prótese, assim como de alguns medicamentos e materiais de insumo, para a realização das atividades da USF.

São feitos exames como glicemia capilar, teste rápido para gravidez, teste rápido para HIV e Sífilis, para diagnóstico e o tratamento precoce dessas doenças. Realizamos a prescrição de todos os exames complementares, os quais são feitos nos laboratórios conveniados com a Secretária de Saúde Municipal. O tempo de demora da realização dos exames é em média 30 dias. Infelizmente, nem todos os usuários faltosos às consultas programadas são procurados para realizar as ações de saúde. Os membros da equipe conhecem aos usuários que necessitam de cuidados domiciliares, os quais são visitados segundo prévio planejamento.

Realizam-se atividades de grupo orientadas fundamentalmente as gestantes. Não trabalhamos com a saúde do escolar, grupos de tabaquismo, alcoolismo, drogas, saúde da mulher, saúde mental, HIPERDIA.

O acolhimento dos usuários é realizado na recepção, mas a recepção é pequena sem condições para isso, se muitas vezes, torna-se difícil o diálogo com o usuário. Esse procedimento é realizado pela funcionária da recepção, que com a enfermeira realizam o acolhimento inicial dos usuários, temos excesso de demanda espontânea na USF.

Uma das características mais importantes de nossa comunidade é o alto índice de violência e drogadicção, que dificulta o trabalho. Em nossa USF realizamos ações para melhorar a qualidade de vida e prevenir as complicações em usuários com hipertensão. A maioria das vezes acontece durante as consultas e outras são feitas no início das atividades do dia, assim como durante as visitas domiciliares uma vez por semana.

Os atendimentos para HAS e DM são feitos três dias por semana em dois turnos, pelo médico clínico geral, enfermeira e dentista. No processo de trabalho existem aspectos que podem ser modificados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e DM, como manter um rastreamento ativo na consulta e visitas domiciliares destas doenças, vincular ainda mais o trabalho de equipe, fazer trabalho com grupos destas doenças e lograr aderência destes usuários aos tratamentos. Acredito que no decorrer do curso, vamos poder realizar mudanças e melhoras nas ações e serviços de saúde que oferecemos a nossa comunidade, pois muitas das ações realizadas no dia a dia são feitas segundo os princípios do SUS e podem ser melhoradas.

Na área de abrangência da unidade, existe uma escola que serve um espaço para a realização de atividades extramuros como atividades educativas. A USF atende uma população de 5598 habitantes. Existe apenas uma equipe de saúde sendo que o tamanho da população da área de abrangência é adequado para duas equipes. Deles 425 são hipertensos e DM 257. Estas cifras não representam a realidade, pois ainda não está cadastrada o 100% da população. Os usuários que mais frequentam a unidade são os hipertensos e diabéticos.

O crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão.

## IDENTIFICAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Diante da pesquisa deste tema em nossa comunidade, observamos que não existem estudos anteriores realizados e publicados, este fato motivou a realização deste trabalho que tem como objetivo apresentar medidas preventivas que possam modificar o estilo de vida, assim como verificar a prevalência de PA elevada e os fatores de risco associados na população da Estratégia Saúde da Família (ESF) Núcleo Esperança, Restinga. Porto Alegre. Rio Grande do Sul.

## JUSTIFICATIVAS DA INTERVENÇÃO

O tema escolhido para este trabalho é muito importante porque a Hipertensão Arterial é responsável pela maioria das Cardiopatias Isquêmicas e dos Acidentes Vasculares Cerebrais. Devido à magnitude do problema ter sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar o método para a prevenção, diagnóstico e tratamento desta doença.

Em nossa comunidade existe alto percentual de HAS e a população está exposta a fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento das complicações de esta doença. Devido à ausência de estudos dedicados a esta temática em esta localidade, detectou-se a necessidade de realizar uma estratégia de intervenção, com o objetivo de identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento desta. Pretende-se ainda alcançar estratégias que sejam mais efetivas no controle da doença. Uma dessas estratégias pode ser a educação comunitária e monitoramento dos indivíduos de risco.

Diante do conhecimento das repercussões de uma dieta adequada, da prática de atividades físicas, diminuição do estresse e hábitos de vida saudáveis para a redução da incidência de dano em órgão alvo, faz-se necessário trabalhar estes assuntos com a população hipertensa. Neste sentido, as intervenções educativas podem ocorrer de diversas formas, dentre elas, por meio da realização de palestras, círculos de cultura que promovam reflexão sobre hábitos saudáveis, grupo focais.

## **2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

Vera tem, 56 anos, portadora de: Diabetes, Hipertensão arterial, tabagismo, dislipidemia, obesidade, sedentarismo. Escolhi esse caso, devido ao perfil epidemiológico da população da Unidade Básica de Saúde (ESF) Núcleo Esperança. Predominância de mulheres acima de 40 anos. A USF atende uma população de 5598 habitantes. Existe apenas uma equipe de saúde sendo que o tamanho da população da área de abrangência é adequado para duas equipes.

Deles 425 são hipertensos e DM 257. Estas cifras não representam a realidade, pois ainda não está cadastrada o 100% da população. Observamos um grande número de idosos e pacientes portadores de doenças crônicas (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, tabagismo, dislipidemia) e as complicações associadas a essas situações clínicas, além de um grande número de pacientes acamados e restritos ao leito. Por essa razão escolhemos o caso Vera, pela identificação com a nossa população. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível.

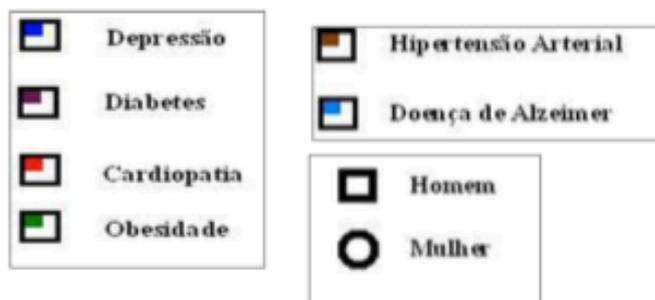
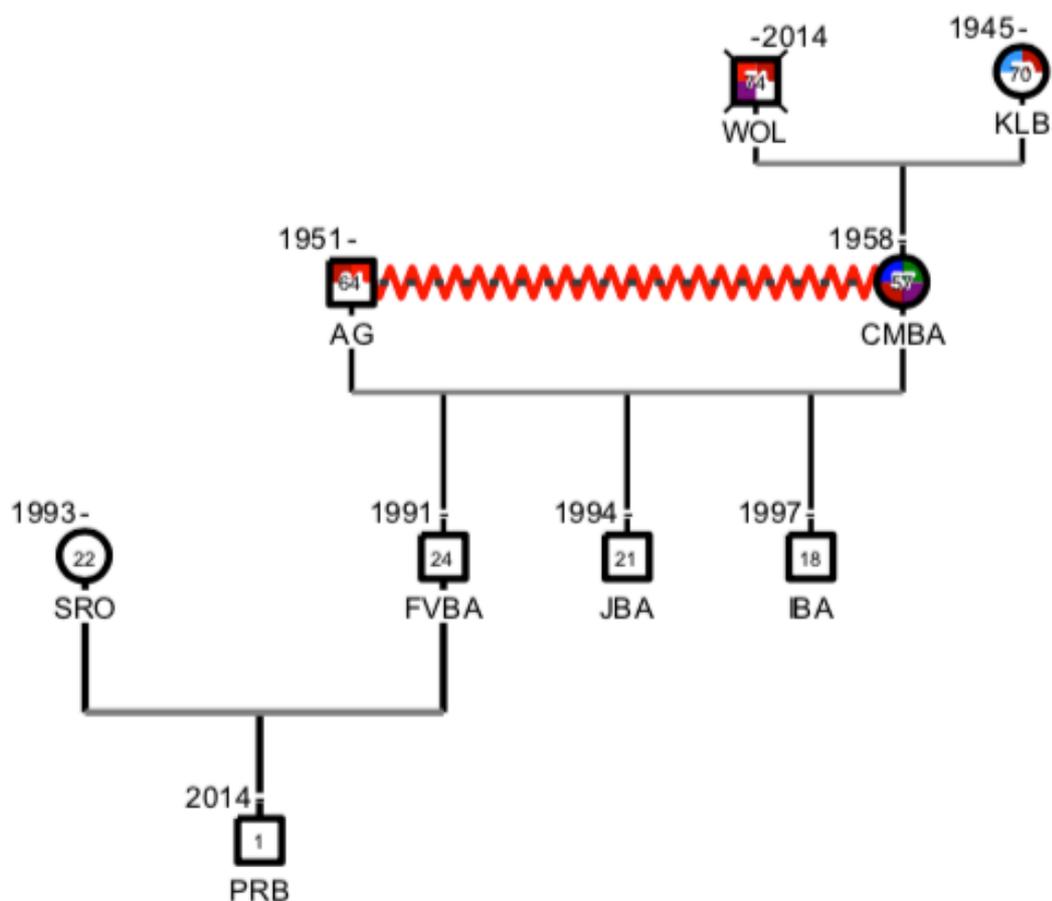
As DCNTs caracterizam-se por ter etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). Entre as mais importantes estão a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cerebrovasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, coincidindo com o observado nossa população.

### **2.1 CASO CMBA (CASO CLÍNICO REAL)**

Para exemplificar o tema, escolhi o caso do paciente: CMBA, 57 anos, Branca, portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica, DM tipo II, obesidade e depressão, dislipidemia, tabagista, casada com AG, 64 anos, Tabagista, aposentado (portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e Arritmia cardíaca), mãe de 3 filhos: FVBA, 24 anos, casado com SRO, 22 anos e com um filho PRB de um ano; JBA 21 anos e IBA 18 anos. A relação matrimonial passa por um período de distanciamento. Filha de WOL, falecido em 2014, aos 74 anos, portador de DM II, Hipertensão Arterial Sistê-

mica, Cardiopatia Isquêmica e de KLB, 70 anos, portadora de Alzheimer e Hipertensão Arterial Sistêmica.

## 2.2. GENOGRAMA



Caso Vera foi muito importante no meu processo de aprendizado e mudança de prática. Quando comecei nessa unidade de saúde, observei que havia um número muito grande de pacientes crônicos, que buscavam a consulta médica para obter receita e realizar exames (Check-up). As consultas não respeitavam nenhum critério. O paciente “pegava ficha” e acessava ao serviço com suas queixas e necessidades. Hoje estamos trabalhando com acolhimento, ou seja, com a escuta qualificada e na tentativa de garantir o acesso àqueles que realmente precisam (equidade). Para qualificar esse acesso começamos a trabalhar com a estratificação de risco, e o caso Vera foi importante, pois nos incentivou a utilizar instrumentos como a calculadora de risco UKPDS e os critérios de Framingham.

Outro ponto importante foi à análise das doenças crônicas e seus fatores de risco. Estudos mostram que estratégias de controle dos fatores de risco dessas doenças, combinadas com educação comunitária e monitoramento dos indivíduos de alto risco, contribuíram para uma queda substancial na mortalidade em quase todos os países desenvolvidos. (Passos, 2006)

Fatores de risco são condições que implicam em um aumento na possibilidade do surgimento de uma doença. Existem diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares, os quais podem ser divididos em imutáveis: idade, hereditariedade, sexo e raça e mutáveis: obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, estresse. (M.S. Brasil, 2011). Considerando o acima exposto, decidimos investir nas atividades de grupo, para populações específicas, como hipertensos, diabéticos, portadores de doenças mentais e idosos, com o objetivo de educar a população com relação à prevenção dos fatores de risco mutáveis. Essa conduta encontra embasamento nas orientações do Ministério da Saúde. (M.S. Brasil, 2013).

Para a paciente CMBA, criamos um Projeto Singular Terapêutico.

### **2.3 PROJETO SINGULAR TERAPÊUTICO CASO CMBA**

Anamnese e exame físico completo, exames complementares. Com base nesses dados realizamos uma estratificação de risco. Como identificamos fatores de risco mutáveis, além de abordar na consulta individual, orientamos a sua participação nos grupos mensais de Hipertensos, Diabéticos e Saúde Mental.

- Anamnese: HAS diagnosticada há 7 anos, DM tipo II de 3 anos de evolução, depressão há 1 ano, em uso de Enalapril 10 mg 2 x dia, metformina 850 mg 1 x ao dia, fluoxetina 20 mg x dia. Gesta 3 Para 3, menopausa aos 50 anos. Antecedentes familiares: Pai falecido aos 64 anos, portador de DM tipo II, Hipertensão Arterial e cardiopatia isquêmica. Mãe portadora de Alzheimer e Hipertensão arterial.

- Exame físico: PA: 140/85, peso: 87 Kg, altura 1,58 m, (IMC 34,85) obesidade grau I , circunferência abdominal 85

- Exames complementares: Colesterol total 235, HDL 30, triglicerídeos 135, Glicemia de jejum 132, HBA1C: 7,1 ECG alterações inespecíficas da depolarização ventricular.

- Estratificação de Risco Cardiovascular

Avaliação Escala de Framingham: Risco Alto 22% para doença cardíaca em 10 anos.

Avaliação Risk Engine: Risco 17,5% de doença coronariana em 10 anos

- Fatores de risco mutáveis: Obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Abordagem de prevenção na consulta individual e nos grupos. Para conseguir modificar os fatores de risco mutáveis de CMBA, foram realizadas intervenções na consulta individual, com prescrição de sinvastatina 20 mg a noite, orientações nutricionais, atividade física e abordagem para abandono do tabagismo. Também orientamos a paciente a participar dos grupos de educação em saúde.

Valoração pela equipe de NASF (Saúde Mental).

Abordagem familiar.

### **3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Esta atividade do Portfólio é baseada no caso complexo número 11, Caso Samuel. Por que a escolha? Este é o tema onde maior número de mudanças a equipe de saúde do Posto Núcleo Esperança, tem feito em curto período de tempo. Começam serem realizadas mudanças importantes na maneira de tratar os pacientes de Saúde Mental com obesidade. Inicialmente não existia Grupo de Saúde Mental e obesidade propriamente dita e os pacientes ou seus familiares iam ao posto somente procurar as receitas que o profissional fazia no mês praticamente sem ver o doente, e, tendo em conta o grande número de receitas para fazer, era um trabalho muito tedioso e sem utilidade prática: o médico convertia-se em um fazedor de receitas e o paciente era um grande consumidor de psicofármacos.

A obesidade, considerada uma doença crônica não transmissível, progressiva e multifatorial, é definida como o aumento de tecido adiposo, sendo, provavelmente uma das enfermidades mais antigas do homem. A obesidade contribui para surgimento de doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes e as dislipidemias, bem como, o grande investimento financeiro e de recursos humanos que são aplicados para a recuperação dessa situação.

A Organização mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade como uma pandemia que afeta não só países industrializados, como também e, de forma crescente, aqueles em desenvolvimento, sendo que as maiores taxas são observadas nos EUA e Europa. A obesidade é considerada um problema de saúde pública mundial, pelo aumento de prevalência e pela potencialidade como fator de risco para o surgimento de doenças crônico– degenerativas. Há evidências de que em obesos, comportamento de compulsão alimentar e/ou restrição parece ter um efeito rebote, podendo associar-se a perda da autoestima, mudanças de humor e distração, provavelmente sendo responsáveis pela muitos dos fracassos no tratamento. Não é raro que a obesidade cause uma visão distorcida da autoimagem, da auto percepção das necessidades básicas do organismo, assim como das emoções, sendo atribuídos e expressos na compulsividade ao comer.

Nossa localidade vem se observando o aumento de casos de obesidade (principalmente grau I e II) nas consultas médicas. Sendo assim, é evidente a necessidade de intervenção adequada, com modificações nos hábitos de vida, é por isso que começamos a desenvolver o Grupo de Apoio ao Obeso com doenças mentais. O grupo visa reduzir a prevalência de: hipertensão, diabetes mellitus, insuficiência vascular periférica, dislipidemia, baixa autoestima, depressão. O grupo conta com acompanhamento; Médico, Psicológico, Psiquiátrico, Nutricional e dos agentes comunitários.

O grupo terá uma duração de um ano, realizamos encontros semanais de aproximadamente uma hora de duração. Ainda quando levamos só três meses de trabalho, já se podem observar alguns resultados, o que nos alenta e anima, este trabalho foi inspirado por o realizado por a doutora Conceição Casqueiro Lima e colaboradores no Município Lauro de Freitas ESF Espaço Cidadão, sobre Grupos de Obesos com acompanhamento Médico da ESF e NASF.

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

A visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Esta tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. A VD configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliares. Cada uma dessas atividades tem finalidades, objetivos e práticas específicas. A visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades.

Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar. Para dar respostas a estas necessidades em nossa USF, encontra-se bem implementada e organizada a Assistência Domiciliar, a equipe conta há tempo com agentes comunitários de saúde competentes, os que realizam busca ativa dos usuários que precisam atenção domiciliar, e esse conjunto de ações é realizado de forma sistemática na área de abrangência.

Na semana contamos com duas tardes para realizar visitas domiciliares: terça-feira de tarde saem os agentes comunitários junto com o médico e as sextas-feiras saem os agentes com pessoal de enfermagem (visita técnica). As atividades e procedimentos que realizamos nos domicílios são curativos, consultas médicas, consulta de enfermagem, trocaram as bolsas de usuários ostomizados, colocarem e trocar sondas, revisão puerperal, controle de pressão arterial, orientações e acompanhamento de problemas de saúde.

A preocupação com o envelhecimento da população brasileira é crescente, principalmente, no que se diz respeito à saúde. Com a saúde pública sucateada e com a grande espera por leitos em hospitais, faz com que a Internação Domiciliar do SUS, dentro das suas competências, possa ser vista como um novo modelo de atenção à saúde voltada para a geriatria. A internação Domiciliar é uma ferramenta fundamental para a desospitalização dos hospitais gerando uma rotatividade de leitos e principalmente para atender a população idosa, além de diminuir os índices de infecções hospitalares devido aos longos períodos de internação e por proporcionar ao paciente idoso um tratamento acolhedor ao lado de sua família e no seu lar.

Agora nos temos paciente que recebe atendimento domiciliar, não só por a equipe, também por a equipe de SAD (SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR HOSPITAL VILA NOVA – Melhor em Casa – Porto Alegre).

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso é muito importante em vista que eu como estrangeiro, não conhecia o sistema de saúde do Brasil, além disso, não conhecia alguns dos protocolos expostos em no curso para: encaminhamentos ante casos como estupro, violações a idosos. O curso tem muitos temas ótimos para o desempenho médico. No início, com o estudo de Caso 1: Vera, eu observei que uma das principais dificuldades existentes na USF Núcleo Esperança estava relacionada à falta de adesão ao tratamento dos pacientes Hipertensos cadastrados na área de abrangência do posto de saúde e esse foi o tema do meu Projeto de Intervenção, desenvolvendo um conjunto de oficinas temáticas com os objetivos específicos de identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento e realizar ações educativas direcionadas aos pacientes hipertensos e, se for possível aos seus familiares tendo em conta os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

Depois de realizar as oficinas houve uma melhora na adesão dos pacientes aos tratamentos, mas, sabemos que devemos continuar planejando e realizando atividades educativas desse tipo para que esses conhecimentos obtidos pelos pacientes não caiam no esquecimento. O caso número 17: Inês e Daiane me permitiu melhorar na prática diária o diagnóstico e tratamento da anemia ferropriva na infância e o manejo das principais parasitoses, graças a esses conhecimentos adquiridos, abordagem que faço dos casos de anemia e parasitose tem aumentado em qualidade.

Durante o estudo do caso complexo número 20, Caso Amélia, um dos objetivos do estudo do caso era conhecer e discutir a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental. Lendo esse documento, especificamente a LEI N. 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, que devem ser tratadas em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental; pude ver que o nosso trabalho, o nosso esforço estava dando certo, indo pelo caminho correto.

O Caso 23: Sandra me fez revisar as questões relacionadas ao desmame precoce. O uso de mamadeiras é muito frequente na população da área atendida por meu Posto, e apesar de que os profissionais que trabalham no Posto fornecem informação útil às mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e continuado até os dois anos, explicando também que o uso de mamadeira acarreta doenças infecciosas para o bebê e que deve usar xícara ou copinho; não tínhamos aprofundado sobre as causas do desmame precoce, sendo a causa mais frequente o retorno das mães para o trabalho.

Não existem estudos em nossa comunidade sobre o tema do desmame, e influenciado pelo estudo do Caso Sandra, estamos recopilando dados para fazer um trabalho investigativo que permita conhecer as cifras reais de mães que interromperam o aleitamento materno introduzindo o uso de mamadeiras, e do mesmo modo, aprofundar nas causas do desmame precoce. Por enquanto, nós estamos informando sistematicamente às mães que existem varias formas de continuar amamentando o bebê: levando o bebê no trabalho ou pedir para que um familiar leve ele lá para ser amamentada, também a mãe pode guardar o leite de peito em um frasco de vidro previamente lavado e fervido e inclusive colocar na geladeira por doze horas o no freezer durante até quinze dias.

Resumindo, posso dizer, com absoluta certeza, que o estudo dos Casos Complexos me permitiu mergulhar nesse *CAUDAL* mar de *CONHECIMENTOS* que, introduzidos na prática diária, faz com que o trabalho na Atenção Básica de Saúde seja mais efetivo, procurando sempre a excelência no atendimento médico.

## REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011.
2. Brasil, Ministério da Saúde. /Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica sobre Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular Cerebrovascular e Renal Crônica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da saúde, 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.
5. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009.
6. PASSOS VMA, ASSIS TD, BARRETO SM. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saúde de 2006; 15:35-45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância.

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**BARBARO ALFONSO**

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA PROMOVER MUDANÇAS DE FATORES DE RISCO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
USF NÚCLEO ESPERANÇA**

**PORTO ALEGRE – RS**

**2016**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	23
2. OBJETIVOS .....	25
2.1 OBJETIVO GERAL .....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	26
4. METODOLOGIA.....	27
6. CRONOGRAMA.....	28
7. RECURSOS NECESSÁRIOS .....	29
7.1 RECURSOS MATERIAIS .....	29
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	30
REFERÊNCIAS .....	30
ANEXO 1 .....	32

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial e silenciosa, caracterizada por níveis elevados e sustentados da Pressão Arterial (PA). Para medida diagnóstica desta entidade são utilizados os seguintes valores: níveis pressóricos iguais ou maiores que 140 mm/Hg para a pressão arterial sistólica e maior ou igual que 90 mm/Hg para a pressão arterial diastólica (1).

Na literatura científica encontram-se descritos alguns fatores que podem estar associados à elevação da PA, tais como: idade, obesidade, ingestão de álcool, a falta de atividade física e outros fatores de risco cardiovascular como Diabetes Mellitus, dislipidemias e estresse. (2-3) Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis, representam uma das principais causas de mortalidade no mundo (WHO, 2013). Sendo a HAS um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 40% das aposentadorias precoces, 60% dos casos de infarto agudo (3-4-5).

O crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (5).

### IDENTIFICAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Diante da pesquisa deste tema em nossa comunidade, observamos que não existem estudos anteriores realizados e publicados, este fato motivou a realização deste trabalho que tem como objetivo apresentar medidas preventivas que possam modificar o estilo de vida, assim como verificar a prevalência de PA elevada e os fatores de risco associados na população da Estratégia Saúde da Família (ESF) Núcleo Esperança, Restinga. Porto Alegre. Rio Grande do Sul.

## JUSTIFICATIVAS DA INTERVENÇÃO

O tema escolhido para este trabalho é muito importante porque a Hipertensão Arterial é responsável pela maioria das Cardiopatias Isquêmicas e dos Acidentes Vasculares Cerebrais. Devido à magnitude do problema ter sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar o método para a prevenção, diagnóstico e tratamento desta doença.

Em nossa comunidade existe alto percentual de HAS e a população está exposta a fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento das complicações de esta doença. Devido à ausência de estudos dedicados a esta temática em esta localidade, deletou-se a necessidade de realizar uma estratégia de intervenção, com o objetivo de identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento desta. Pretende-se ainda alcançar estratégias que sejam mais efetivas no controle da doença. Uma dessas estratégias pode ser a educação comunitária e monitoramento dos indivíduos de risco.

Diante do conhecimento das repercussões de uma dieta adequada, da prática de atividades físicas, diminuição do estresse e hábitos de vida saudáveis para a redução da incidência de dano em órgão alvo, faz-se necessário trabalhar estes assuntos com a população hipertensa. Neste sentido, as intervenções educativas podem ocorrer de diversas formas, dentre elas, por meio da realização de palestras, círculos de cultura que promovam reflexão sobre hábitos saudáveis, grupo focais.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a prevalência de fatores de risco associados a hipertensão, na perspectiva realizar intervenções que favoreçam o controle da doença.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as características demográficas e socioeconômicas da população hipertensa;
- Caracterizar os hipertensos com sobrepeso, obesidade, sedentarismo e Diabetes Mellitus da comunidade;
- Identificar os fatores de risco associados à elevação da pressão arterial dos pacientes;
- Realizar ações de educação em saúde com grupos focais de hipertensos.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial constitui-se numa das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, de 15% a 20% da população adulta. Em cerca de 90% dos pacientes, não se estabelece à etiologia da hipertensão arterial, denominando-a de Essencial, Primária ou Idiopática. (BRASIL 2010). Segundo Nascente e colaboradores (2010), existem vários fatores denominados fatores de risco que influenciam no aparecimento ou agravamento da hipertensão arterial. São eles: hereditariedade, idade, raça, sexo, obesidade e sobrepeso, ingestão elevada de sódio, álcool, uso de anticoncepcionais, fumo, estresse emocional, sedentarismo, dieta rica em gorduras. Mesmo se evidenciando que a hipertensão arterial constitui um dos principais problemas de saúde, o número de hipertensos tratados é pequeno. Cerca de 50% desconhece sua condição.

Dos que sabem 50% não se tratam, e destes, 50% não têm sua pressão sob controle. Portanto, apenas 10% dos hipertensos são tratados efetivamente. Esse percentual é baixo devido a vários fatores, dentre eles: característica assintomática da doença, tratamento prolongado, custo alto dos medicamentos e seus efeitos colaterais, relação médico-paciente insatisfatória. Porém, existem evidências suficientes sobre o benefício do tratamento precoce da hipertensão arterial, o qual pode ser baseado em quatro medidas: gerais, não farmacológicas ou mudanças no estilo de vida; remoção da causa, quando for identificada; farmacológica e adesão ao tratamento (JARDIM, 2007).

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção no qual pretende-se investigar e intervir, para melhoria de qualidade, na vida de uma coletividade local do município. Os recursos necessários para o desenvolvimento do projeto são recursos humanos: equipe de saúde e pacientes; recursos materiais: prontuários dos pacientes, caneta, lápis, mesas, cadeiras, aparelho de aferir a pressão e cartilhas educativas. O projeto de intervenção será desenvolvido na comunidade a Restinga do município Porto Alegre do estado Rio Grande do Sul. Participarão das atividades do projeto de intervenção todos os pacientes maiores de 18 anos com níveis elevados de pressão arterial, de ambos os sexos, estudantes, trabalhadores e aposentados, atendidos na área adstrita USF Núcleo Esperança.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Será realizada a caracterização da população hipertensa por sexo, idade, profissão, escolaridade e renda. Os dados serão coletados por meio dos prontuários e visitas domiciliares. Através de entrevistas e consultas avaliaremos e identificaremos os hipertensos com sobrepeso, obesidade, Diabetes Mellitus e que fazem uso de álcool ou substâncias psicoativas. Com as atividades grupais, palestras e círculos de cultura pretendemos promover a reflexão sobre os principais fatores de riscos aos quais estão expostos e que contribuem para a descompensação da hipertensão arterial.

Também através das atividades de educação em saúde, agendadas pelos profissionais da equipe, orientaremos sobre a importância de mudanças nos hábitos e estilos de vida para diminuição dos riscos de descompensação da hipertensão arterial. Faremos orientações nutricionais para promover padrões de alimentação adequados, exercícios físicos e encaminhamentos para tratamento de dependência.

Promoveremos palestras e diálogos com os pacientes hipertensos da comunidade para eles compreender a importância do controle da doença assim como da ingestão diária dos medicamentos



## 7. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para realizar a intervenção para promover mudanças de fatores de risco em pacientes com Hipertensão Arterial, USF Núcleo Esperança vamos adotar o Manual Técnico Caderno de atenção Básica de Hipertensão Arterial No 37. Ministério de saúde, Brasília, 2013.

### 7.1 RECURSOS MATERIAIS

Serão utilizados os prontuários. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. O projeto utilizará material de consumo disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS- Porto Alegre) para a USF. O computador é material permanente de nossa unidade. Será solicitado ao gestor três esfigmomanômetros, manguito com câmara inflável de cada e solicitar uma vez por mês; 2 hemoglico teste com fitas suficientes, calibração de esfigmomanômetros e balança, panfletos, cartazes informativos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

Solicitaremos também a autorização para dispor de três horas semanais para fazer as capacitações. Criaremos um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS, com revisão periódica semanal para identificar aos usuários faltosos a consulta, procedimentos em atraso.

Item	Nome	Quantidade	Custo R\$	Total	Órgão pagador
1	Cartucho de tinta para impressora	2	50,00	100,00	SMS Porto Alegre
2	Papel sulfite tamanho A4 500 Folha	2	12,00	24,00	SMS Porto Alegre
3	Canetas esferográficas ponta fina	6	2,00	12,00	SMS Porto Alegre
4	Computador	1	2000	2000	USF Núcleo Esperança
	TOTAL			2136	

## **8. RESULTADOS ESPERADOS**

Com este trabalho espera-se conhecer as características demográficas e socioeconômicas da população hipertensa de nosso consultório. Identificar os principais fatores de risco associado à aparição da doença, contribuir para a reflexão sobre o tema e da importância da manutenção do tratamento indicado. Estimular o comparecimento as consultas e o uso correto dos medicamentos. Pretende-se também que os participantes possam refletir sobre alternativas para lidar com situações estressantes e conflitivas e identificar, possibilidades de mudança de hábitos alimentares e prática de exercícios físicos.

As intervenções educativas podem colaborar para o desenvolvimento da conscientização da importância e necessidade do controle da hipertensão e estimular a cor responsabilização com a manutenção da saúde e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida AB, et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. Rev APS. jul/set. 2011; 14 (3): 319-26.
2. Bodoni DH, Jaime PC, Sarno F. Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). Rev. Bras. Epidemiol. 2008; 11 (3): 453-62.
3. BRASIL, Hipertensão Arterial Sistêmica. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica número 37. Ministério da Saúde Brasília, 2010.
4. Fensterseifer LM, Gasperin D. As modificações do estilo de vida para hipertensos. Rev. Gaúcha Enferm. sep 2006; 27 (3): 372-78.
5. Freitas MPD, Loyola Filho AI, Lima-Costa, M. F. Birth cohort differences in cardiovascular risk factors in a Brazilian population of elderly: the Bambuí cohort study of Aging (1997 and 2000). Cadernos de Saúde Pública 2011; 27(supl3): 5409-5417.
6. Jardim, Paulo César B. Veiga. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. v.88 n.4, p.452-457. 2007. [ Links ]
7. Nascente, F.M.N., et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf> Acesso: 20 de Outubro de 2015.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq BrasCardiol. 2007; 89(3): e-24-e-79.

## ANEXO 1

# De prontuario\_\_\_\_\_ Idade\_\_\_\_\_ Sexo: H\_\_\_\_ M\_\_\_\_  
Cor da Pele: Preta \_\_ Branco \_\_ Amarela \_\_ Indígena \_\_\_\_  
Peso\_\_\_\_\_ Comprimento\_\_\_\_\_ IMC\_\_\_\_\_  
H. Familiar HAS: Mãe \_\_\_\_ Pai \_\_\_\_ Irmã \_\_\_\_prematuros  
Historia familiar de eventos vasculares prematuros: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_  
Acidente vascular cerebral prévio: Sim\_\_\_\_ Não \_\_\_\_  
Infarto agudo miocárdio prévio: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_  
Hipertrofia de ventrículo esquerdo: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_  
Nefropatía: Sim \_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_  
Retinopatía: Sim\_\_\_\_ Não \_\_\_\_  
Diabetes Mellitus: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_  
Tabagista: Não Fuma\_\_\_\_ Fumou\_\_\_\_ Fuma  
Bebidas alcoólicas: Consome socialmente\_\_\_\_\_ Consome\_\_\_\_\_  
Pratica exercício Físico Sim\_\_\_\_ Não \_\_\_\_ As Vezes  
Uso Contraceptivos Hormonal: Sim\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_  
Hábitos alimentares: Bom\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Mal\_\_\_\_  
  
Situação económica: Bom\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Mal\_\_\_\_