



NIURKA ESTHER BELTRAN RAMALLO

**MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA A OS IDOSOS QUE SOFREM DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO
BEATA, MUNICÍPIO PORTO DE MÓZ, ESTADO PARÁ.**

PORTO DE MÓZ- PARÁ

2017



NIURKA ESTHER BELTRAN RAMALLO

**MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA A OS IDOSOS QUE SOFREM DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO
BEATA, MUNICÍPIO PORTO DE MÓZ, ESTADO PARÁ.**

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: Andreia Gonçalves

PORTO DE MÓZ- PARÁ

2017

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família foi criada com a finalidade de reorientar o modelo de atenção à saúde vigente, hoje os profissionais de saúde têm acesso a características do ambiente onde o indivíduo e família estão inseridos, como suas condições de moradia, trabalho, acesso a informação, escolas, saneamento básico, segurança, atendimento à saúde, dentre outras, que são questões importantes a ser consideradas na determinação de Saúde da Família. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde e realizando um esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação.

Descritores: Atenção Primária, Anemia, Doenças crônicas, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. ESTUDO DO CASO CLINICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	10
4. VISITA DOMICILIAR	12
5. REFLEXAO CONCLUSIVA	15
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	17
ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Niurka Esther Beltran Ramallo Nasci em Santiago de Cuba, Cuba em 1968. Atualmente estou morando em porto de Móz, Pará, Brasil, já morei por espaço de cinco anos na Venezuela, na Missão medica Barrio adentro. Sou médico há 24 anos já e me desempenho na assistência medica em cuba sou especialista em medicina geral também atuo como professora da faculdade de ciências medica de Banes onde moro atualmente em cuba

Gosto trabalhar exercendo na medicina familiar na prevenção y promoção de saúde já que acho que a atenção primaria de saúde, é muito importante em qualquer pais do mundo pois a mesma atende todos problemas de saúde de uma comunidade e porta de entrada a qualquer sistema de saúde no mundo consegue dar solução a os problemas de saúde da população visando uma avaliação humana integral do homem desde ponto vista biopsicossocial. Agora estou inserida na UBS Beata, julho de 2015. Minha UBS localiza-se em as ribeiras do rio Xingu, município porto de Móz

Porto de Móz é um município brasileiro localizado no estado de Pará. Pertence à mesorregião do baixo amazonas. Localiza-se no norte brasileiro, à uma latitude 01°44'54" sul e longitude 52°14'18" Oeste de Greenwich, com altitude de 15 metros, sua população estimada em 39.246 habitantes (IBGE2016), distribuídos em uma área de 17 423,017 km². Densidade demográfica 2010 (hab/km²) 1,95 e tem como Prefeito Rosenberg Torres campos.

O índice de desenvolvimento humano municipal era de 0,503. As principais atividades econômicas do município são: madeira, produção de farinhas, pesca e agropecuária Os posto de saúde encontrasse localizado em as ribeiras do rio Xingu região de difícil acesso já que não tem estradas. A UBS atende mais de 1000 famílias cadastradas, totalizando aproximadamente mas 4500 moradores. A UBS consta com uma equipe conformada por 1 medico uma enfermeira, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, e 5 agentes comunitários de saúde. Trabalho em uma unidade compartilhada pois o Barrio de beata não dispõe de uma UBS As consultas são feitas com base em agendamentos prévios, além da demanda espontânea. As visitas domiciliares são direcionadas com base nas necessidades de cada área apontadas pelos agentes comunitários de saúde.

Os serviços voltados à saúde da mulher são: pré-natal, doença inflamatória pélvicas, consultas individuais para planejamento familiar. Após realização do

diagnóstico situacional da área de Beata foi possível identificar diferentes problemas, como parasitose intestinal, doenças respiratórias agudas e, gestação na adolescência, doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, tema este que venho abordando no meu trabalho de intervenção por ter um alto índice na população idosa, abordando fatores modificáveis como alimentação, práticas de exercícios físicos regulares e uso adequado dos medicamentos.

2. ESTUDO DO CASO CLINICO

Em nosso curso de saúde da família eixo 2, enfrento a diário casos complexos que atendo em minha prática médica. Atendo casos similares, pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, transmissíveis, mas indivíduos e família com fatores de riscos que levam a complicações.

Em minha unidade básica de saúde como em muitos municípios da região norte do Brasil, as doenças principais são hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, hanseníase, leishmaniose, tuberculose, asma bronquial, depressão, dengue, doenças respiratória agudas. A continuação descrevo uma família cadastrada em minha área de saúde com doenças associadas, assim como os fatores de riscos.

Maria Benedita de Souza de 68 anos de idade, divorciada, dona de casa, cor morena, obesa (IMC 30), mora com seus três filhos em uma casa de madeira com piso de terra, a casa tem quatro cômodos, sendo dois quartos, cozinha, sala, conta com um banheiro externo, possui eletricidade, a água de consumo não é filtrada e nem clorada, o lixo é ora queimado, ora recolhido pelo caminhão do lixo, conta com animais domésticos, presença de vetores e roedores, a relação familiar é regular, Maria é iletrada, possui renda familiar mensal de aproximadamente R\$ 300.

A equipe da UBS agenda uma visita domiciliar, onde a encontramos realizando alguns trabalhos domésticos, Maria refere cefaléia occipital de moderada intensidade, que se irradia à região cervical, fadiga fraqueza, dispnéia leve, quando caminha se cansa com facilidade acompanhado parestesias de membros inferiores.

Ao exame físico: Mucosas coloreadas húmidas. Pele: ressecada. TCS: Infiltrado com leve edema em ambos membros inferiores.

Aparelho respiratório: Murmulho vesicular normal, sem estertores.

Aparelho cardiovascular: Ruídos cardíacos arrítmicos sem sopros; pulsos periféricos periféricos. FC: 120 bpm. Pressão arterial, 180x120 mmHg. Abdome: globuloso, depressível não dor palpação superficial profunda. Não visceromegalia. Extremidades: eutróficas, simétricas. Sistema Nervoso Central: sem alterações.

Depois de terminar exame o físico conversamos sobre fazer exames laboratoriais, já que suspeitamos ela tem uma doença não transmissível e por isso a importância de fazer mudanças no modo e estilos de vida já que durante a visita domiciliar, comprovamos que Sra. Maria Benedita não tem conhecimentos dos

alimentos que não pode comer; não realiza consulta na UBS há mais de dois anos, conversamos também sobre a importância de realizar uma consulta com a nutricionista.

Depois de uma semana, recebemos exames realizados; Hemograma completo: 11,1 mg/dl. Leucócitos: 12,4 mg/dl. Glicemia: 104 mg/dl Creatinina: 0,4mg/dl. Colesterol: 244mg/dl. Triglicerídeos: 221 mg/dl Raios x: onde apresenta ligeiro aumento do área cardíaca, aumento da trama bronco vascular. Ekg: alterações de sinais isquemia. Ultrassom abdominal: não realizados.

Em análises feitas, na consulta detectamos Sra. Maria tem muitas doenças já que não conhece bem suas patologias não faz bem uma dieta e não faz um tratamento correto. Entre as doenças diagnosticadas são hipertensão arterial sistêmica com repercussão cardiovascular, dislipidemia, obesidade grau I, dano vascular e renal pela hipertensão não controlada.

Precisamos falar com ela pra que entenda todos os riscos que tem pra sua vida, falamos de fazer dieta quais são os alimentos, que não pode comer como manteigas, bolo, pão em excesso, muita farinha, mandioca mais pouco sal nos alimentos mas também fazer exercícios físicos caminhadas. Mas também analisamos que temos uma família disfuncional, já que Maria Benedita é divorciada e mora com seus filhos, portanto sem a figura paterna.

Então nos equipe saúde fala com ela a importância da realização tratamento de forma regular, pelo que indicamos tratamento com Hidroclorotiazida 25mg / dia; amlodipino 10 mg/ dia, sinvastatina 40mg à noite Depois de 15 dias visitamos novamente a casa de Maria ela está com a pressão arterial em limites mais baixos 130x 90 mmHg. Também foi avaliada assistência social recebendo apoio emocional e nutricionista.

Consideramos que nossa equipe saúde da unidade básica saúde a ser feito um bom trabalho com a paciente e sua família, mas tem relação com casos estudados em curso de saúde família realizado.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Desde julho do ano 2015, trabalho na UBSF Beata, município Porto de Moz, estado para. Na área dos pacientes com doenças crônicas coincidem os aspectos de Saúde Mental, pelo que tive que levar em conta para os cuidados integrais deles.

Fiz o trabalho em equipe, revisando os registros, os prontuários dos usuários das doenças crônicas que coincidem com transtornos mentais, começando pelos pacientes que procuravam para renovação de receituários controlados através do preenchimento de fichas individuais de controle, similares àquelas utilizadas para a doença crônica de hipertensão, identificando os dados da pessoa, profissional responsável, medicações utilizadas, a data e quantidade de comprimidos prescritos, os que podem ser até dois meses em dependência do diagnóstico, das características da pessoa e da família. permitindo desta maneira conhecer adoção ao tratamento, sua última consulta para renovação de receitas, além de controlar a medicação com o próprio paciente para que os medicamentos não sejam retirados por terceiros, como ocorre frequentemente devido à distância e etc..

Anteriormente existia o costume de solicitar para renovar receitas, mas desta forma interrompe o processo de avaliação do seu transtorno mental para modificar o tratamento de algum medicamento, a diminuição da dose, ou alguma ação para evitar dependência, sempre com acompanhamento da psiquiatra em caso que seja necessário, diminuindo assim o fluxo de pacientes à especialidade. O paciente com a doença de saúde mental tem um dia de agendamento pelo retorno a cada mês ou dois meses. São muitas as ações que temos que fazer para mudar costumes dos pacientes, mas com uma boa comunicação e uma atenção integral de qualidade dá para convencer da necessidade de proceder, deixando as informações em prontuário médico, o que é obrigatório, pelos aspectos éticos quanto legais. Além disso, é uma oportunidade para conhecer os usuários.

Foi mudando a percepção inicial do que o médico generalista só ficava no posto para renovar as receitas e que o acompanhamento é feito exclusivamente pelo psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (CAB N° 34, 2013) “os generalistas podem compartilhar o cuidado do transtorno mental com o psiquiatra, diminuindo o número necessário de visitas ao psiquiatra”, como acontecia anteriormente, onde o médico só

se limitava a renovar receitas controladas e negligenciavam outros aspectos fundamentais do cuidado. Muitas pessoas parecem que perdem o direito aos cuidados de saúde integral em razão da esquizofrenia e da exclusão social em sua comunidade.

Neste momento, conhecemos a população em saúde mental, com suas avaliações integrais segundo corresponda, com seu rastreamento preventivo em caso das mulheres de CP, mamografia, a identificação dos fatores de riscos, mudanças do estilo de vida se precisara, os controles de HAS, Diabetes Mellitus, HLP, etc., com seus respectivos controles e tratamentos já que estas doenças podem ser agravadas por alguns psicofármacos. Encaminhamentos de usuários sem acompanhamentos regular com o especialista há anos, além de seu acompanhamento pela equipe do NASF para terapias com psicólogo que atende na UBSF, com identificação de situações de vulnerabilidade social, conflitos familiares, etc. Sua incorporação aos Grupos de Crônicos, de convivência, de artesanato, etc. Na agenda programática temos todas quintas às 16h00min, o desenvolvimento de dinâmica, conversas e palestras previamente preparadas para elevar os conhecimentos das pessoas.

Desta maneira os usuários ficaram convencidos receberam atenção integral de qualidade, logrou-se aceitação pela parte da equipe e do paciente, o que conhece data da próxima consulta, e mantém acompanhamento pela psicóloga.

4. VISITA DOMICILIAR

A assistência domiciliar é o serviço que é realizado no endereço da pessoa, a fim de detectar, avaliar, apoiar e controlar problemas de saúde do paciente e suas famílias, aumentando a sua autonomia, reduzindo crise e descompensação. Em geral, melhorando a qualidade de vida das pessoas. A visita domiciliar é o conjunto de atividades de assuntos sociais e de saúde que é fornecido em casa para as pessoas. Esta atenção serve para detectar, avaliar, apoiar e acompanhar os problemas de saúde do indivíduo e da família, através da capacitação e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Para a ESF, a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. 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.

Esta definição abrange muitos aspectos que vão além da assistência a pessoas doentes, uma vez que engloba tanto a saúde e doença em todo o ciclo de vida do indivíduo, de modo que a visita domiciliar é ideal para explorar instrumentos da vida familiar, e que influenciam a saúde das pessoas que vivem na casa, pois é em casa, onde o homem come, descansa, ocupa lazer e relaciona-se com o seu núcleo principal. Dependendo do estudo perspectiva e objetivo proposto, uma visita inicial pode ser definido como:

- Uma atividade, que seria o conjunto de atividades que acontecem na casa do grupo familiar através de um conjunto de tarefas específicas, tornando-se um meio de ligação entre o sistema de saúde da família,
- Um técnico: que se aplica a produzir mudanças científicas e técnicas relacionadas com a autoconfiança e autodeterminação dos cuidados de saúde para indivíduos, famílias e comunidades de conhecimento.
- Um programa: porque é uma ferramenta para ser executada com base em objetivos, atividades e recursos específicos, considerando aspectos administrativos para a sua implementação.

Porque a visita domiciliar é feita?

- Monitoramento de pacientes e utilizadores de programas;
- Por iniciativa da enfermeira;
- A pedido dos outros membros da equipe;
- A pedido das famílias;
- A pedido dos membros da comunidade;
- A pedido de outros serviços sociais.

Planejamento

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares. Assim deve-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc).
- Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:
- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.
- Para o grupo de idosos, crianças e gestantes são consideradas prioritárias.
- Acamados com dificuldade de deambulação.

- Com doenças crônico-degenerativas.
- Sem adesão ao tratamento.
- Sem cuidador.
- Recém-nascidos com alto grau de distrofia.
- Com atraso no crescimento ou no desenvolvimento.
- Ausências no atendimento programado e/ou vacinações.
- De alto risco.
- Desnutridas.
- Ausências na consulta de pré-natal agendada.

Em relação a pacientes crônicos percebo que é de extrema importância à visita domiciliar periódica tanto a pacientes hipertensos como a diabéticos, pois os mesmos não comparecem à Unidade de Saúde para fazer o controle e permanecem por longos anos tomando os mesmos medicamentos por não apresentarem nenhum sintoma, julgam estar controlados podendo os medicamentos terem perdido o efeito com o passar do tempo. A visita permite observar mais de perto a forma em que estes pacientes tomam as medicações, os horários, intervir na alimentação, dentre outras ações necessárias que podem ser realizadas.

Em minha unidade de saúde as visitas ocorrem a pedido das famílias, das ACS, da equipe ou quando constatado em consulta a necessidade da visita domiciliar. Em relação a utilização das redes de apoio tenho uma família onde há necessidade de acompanhamento da CAPS onde são feitas interconsultas com o psiquiatra no domicílio e também na unidade de saúde.

Conclui-se que mesmo atendendo a indivíduos isolados, a equipe de saúde conhece a família deste indivíduo e acredita que ao tentar manter o quadro de doença estável estão promovendo algo de benéfico para a família. E que o foco da doença de uma pessoa é a base para se trabalharem as orientações para se alcançar a prevenção de doenças e gerar estruturas que favoreçam a Promoção da Saúde.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A Estratégia de Saúde, Beata tem uma população de 3721 habitantes aproximadamente e oferecemos atendimento aos Barrios de Beata e Jardim Paraíso. As maiorias dos pacientes que precisam de atendimento são por causas de doenças crônicas e algumas agudas. Quando começou nosso trabalho no ano 2015 os níveis da organização não estavam funcionando muito bem, ESF só agendava consultas para Clínico Geral algumas vezes na semana, sem a cobertura total da população que precisava de atendimento por dia.

Com a chegada do Projeto Mais Médico para Brasil começou a mudar o trabalho na ESF, foram feitas propostas para a organização das Estratégias de Saúde da Família no município, aumento o número de visitas domiciliares com equipe de saúde agendada, ao pacientes com doenças crônicas, deficientes e doenças agudas. Fazendo trabalho de intervenções para mudar hábitos, estilos de vida da população e qualidade de vida; estratificada de acordo com uma avaliação das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham as características sociais dentro das quais a vida transcorre. A equipe de saúde tem que interagir com eles e eles ter noção de que precisam se cuidar com nosso apoio.

Com os Agentes Comunitários de Saúde, o trabalho começou a ficar mais organizado já que começamos a conhecer e estabelecer as necessidades de saúde de essa população específica, com uma melhor avaliação dos riscos, de programar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a esta população atendida e de prover o cuidado com foco nas pessoas e suas famílias e no contexto de suas culturas e de suas preferências.

As dificuldades observadas em avaliação da trajetória do curso em nossa ESF foram, a demora em realização por os pacientes de exames de tecnologias avançadas, não contra referências em os casos complexos enviados a avaliação por especialidades, rastreamento de condições de saúde na comunidade por não ter os Agentes Comunitários de Saúde, assim como para uma adesão ao tratamento dos pacientes de acordo a suas doenças; o atendimento odontológico é limitado pela falta de recursos humanos, algumas vezes, falta de medicação por o SUS.

O Curso de Especialização ajuda a fazer mudanças em minha prática como Profissional da saúde, já que com os conhecimentos adquiridos nos estudos dos casos clínicos melhoram minha qualidade na atenção à saúde das pessoas, com base

em evidências científicas, segura, que não cause danos às pessoas, eficiente, provida com os custos ótimos, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas: e ofertada de maneira mais humanizada.

Também a uma educação individual e educação em trabalho de conjunto com a equipe de saúde, ao conhecimento dos Protocolos Clínicos de trabalho do Brasil, utilizar os modelos de trabalhos das consultas (prontuário, Fichas Familiares e Individuais dos pacientes, Referência e Contra referências, Solicitação de exames laboratoriais entre outros), à realização de Planos Terapêuticos para monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades das pessoas e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar. O antes exposto se traduz e leva a prática por um sistema de avaliação e de promoção duma assistência médica de qualidade com melhor satisfação do paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 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/ ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica. - Brasília: ministério da saúde, 2014. 128p.:il. (cadernos de atenção básica, n.37)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)
- [Brasilcampinas.com.br/campinas-nao-cumpriu-meta-de-visitas-domiciliar...](http://brasilcampinas.com.br/campinas-nao-cumpriu-meta-de-visitas-domiciliar...) 21 de set de 2015 - Campinas não atingiu, em 2014, 8 das 14 metas do PQVS – www.canoas.rs.gov.br/site/noticia/visualizar/idDep/17/id/122613.
- Mattos TM. Visita domiciliária. In: Kawamoto EE, Santos MCH, Mattos TM. Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU; 1995. 200 p. p. 35-9.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF);1996.

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

NIURKA ESTHER BELTRAN RAMALLO

**PROPOSTA PARA MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO BAIRRO BEATA, MUNICÍPIO PORTO DE MÓZ, ESTADO PARÁ.**

PORTO DE MÓZ- PARÁ

2016

RESUMO

O trabalho relaciona-se com a área de Beata, do município porto de Moz estado Para, Atende 3721 usuários, destes 391 são idosos, e 126 hipertensos. Tem o objetivo de estabelecer estratégias de saúde para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes idosos com hipertensão arterial, através do controle da pressão arterial e atividade física, levando em conta o estilo de vida como possíveis causas, além de identificar fatores de risco comportamentais à saúde dos hipertensos. Para atingirem os objetivos propostos, serão realizados os seguintes procedimentos: identificar os idosos com hipertensão, realização da consulta, incluindo o registro de dados sobre o uso regular de medicamentos hipotensores, prática de atividade física; identificando os não aderentes ao tratamento, iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura. Será realizada uma pesquisa de campo após a revisão bibliográfica, que terá um viés exploratório, buscando aprofundar o conhecimento sobre a temática em questão. Se utilizar o método de coleta de dados mediante a observação e encuesta e serão interpretados de maneira qualitativa e quantitativa no processamento. Precisaremos de recursos humanos, que é a equipe, e materiais como: prontuários dos usuários, ficha de avaliação dos usuários, cartolinas, canetas piloto. Espera-se com a execução deste trabalho melhorar a adesão do paciente idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

Palavras Chaves: Adesão; hipertensão arterial; idosos.

1- INTRODUÇÃO

O município de Porto de Móz é um dos municípios ribeirinhos do rio Xingú, estado Pará. Sua população é de 39.246 mil habitantes (censo de ibg.gov.br 2010) sendo atendida especificamente pela equipe de Estratégia Saúde da Família, em nossa prática diária temos uma alta prevalência dos idosos com idade acima de 60 anos com doenças cardiovasculares na comunidade, motivo pelo qual escolhi o tema de meu trabalho.

Este trabalho é o início de uma investigação para avaliar a situação que apresentam na minha área de atuação os pacientes com as doenças crônicas mais frequentes como é a Hipertensão arterial. Uma intervenção voltada para a atenção à saúde dos hipertensos no contexto da atenção primária à saúde constitui-se como fator primordial para proporcionar uma grande melhora dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população adscrita, já que essas doenças crônicas são importantes fatores de risco no desenvolvimento de danos cardiovasculares, (caderno de atenção básica 2013) as quais constituem as principais causas de morbimortalidade na população brasileira nos últimos anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu informe do ano 2002, refere que é uma das três causas que produz mais mortalidade na população e representa um dos maiores problemas de saúde no Brasil gerando elevado custo social. O Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma das principais complicações da hipertensão, se tornou a principal causa de morte no Brasil, atingindo 40% da população. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010) (Brasil, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortos foram atribuídas a elevação da PA (WILLIAMS, 2010)

Atualmente o número estimado de hipertensos residente na área e acompanhados são de 126 usuários, com uma cobertura de 32,2% (Estatística municipais) A Unidade de saúde funciona com atendimento diários de segunda a sexta feira. Pelas manhãs são realizadas consultas e as tardes são desenvolvidos alguns projetos e feitas visitas domiciliares a idosos, acamados e outros com necessidade de atendimento.

São realizadas visitas com frequência para os pacientes com hipertensão por termos uma demanda muito grande destes usuários com dificuldades de locomoção e pela distância, para acessarem o nosso serviço. A equipe da UBS está composta por

um clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, três agentes comunitários. Algumas ações já estão sendo desenvolvidas com esta população, como cadastros e atualização dos prontuários, visitas domiciliares, realização de consultas semanais e educação em saúde. No entanto, com a intervenção pretendemos realizar busca ativa aos faltosos nas consultas e também organizar melhor nosso arquivo para os registros de informações importantes decorrentes das consultas, a fim de que se torne possível a realização rotineira do planejamento, avaliação e monitoramento da respectiva ação programática.

O atendimento dos hipertensos deve ser feito dentro de uma rede de atenção à saúde, sendo que a equipe de atenção primária deve ter conhecimento do fluxo de encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário. No entanto ainda existem problemas neste aspecto, pois muitas vezes não temos especialistas no município, dificultando a atenção desta população pelo déficit na atenção secundária. Esta situação se adiciona às dificuldades que temos com os problemas de acesso ao posto médico pelo trajeto longo e trata-se de pessoas carentes, além disso, não contamos no município com centro de alta tecnologia, sendo dificultoso o traslado dos pacientes a outras cidades o que interrompe a integralidade da atenção e a qualidade da mesma. Estas são as principais dificuldades em nosso serviço de saúde. Já levamos esta situação à secretaria do município, a fim de encontrarmos uma solução, no entanto ainda estamos vivenciando este impasse.

Existem diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares, os quais podem ser divididos em imutáveis e mutáveis. São fatores imutáveis aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos tratá-los e fatores mutáveis (PICON et 2013) são os que podemos mudar a partir de estratégias de para tentar o modo e estilo de vida dessa população.

JUSTIFICATIVA

Na área adscrita da Unidade de Saúde Beata, possui 3721 usuários cadastrados ou mais conforme (Censo IBGE 2010). Nesta população estima-se que tenha por volta de 391 idosos e pelo menos 126 dessa população sejam Hipertensos (32,2% da população com 60 anos ou mais). No programa de Atenção as Pessoas cadastradas com Hipertensão precisam de tratamento e acompanhamento dos profissionais da equipe de saúde. O nosso maior problema é o acesso dos usuários e como

consequência o acompanhamento destes para prevenção aos eventos cardiovasculares. A Consulta Coletiva é uma estratégia para buscar e acompanhar os pacientes com risco médio de desenvolver eventos cardiovasculares fatais e não fatais nos próximos 10 anos de suas vidas, vinculando os mesmos à sua área de vigilância. Trabalhamos sempre com uma demanda muito maior que nossa possibilidade de oferta. Nesta ótica a consulta coletiva se coloca como uma possibilidade de acompanhamento de uma amostra maior de pacientes prestando um atendimento prioritário de acordo a suas dificuldades de acesso à UBS.

Observa-se alto grau de desconhecimento da população dos fatores de riscos para prevenir a doença, e mantê-la controlada quando já tiver ela considerando como tratamento somente o medicamentoso esquecendo o fator dietético. Tudo isto nos motiva em dirigir o projeto de intervenção a este problema e diminuir as complicações e mortalidade pela mesma, especialmente os idosos, com a realização de uma proposta para melhoria da adesão ao tratamento de hipertensão arterial, em pacientes idosos da Unidade de Saúde da Família Beata.

2- OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Aumentar a adesão dos pacientes idosos ao tratamento de hipertensos, atendidos a ESF Beata do município Porto de Móz; estado Pará.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os hábitos alimentar dos idosos que sofrem de hipertensão arterial.
- Analisar o estilo de vida dos idosos que sofrem de hipertensão arterial.
- Levantar os fatores de risco comportamentais à saúde dos hipertensos.
- Realizar atividades de educação em saúde relacionadas à hipertensão arterial

3- REVISAO DE LITERATURA

Segundo o Ministério da Saúde (2006) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo que pode levar a complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável dos 40 % das mortes por acidente vascular cerebral, 25 % das mortes por doença arterial coronariana e 50 % dos casos de insuficiência renal terminal junto com a diabetes mellitus. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3 % a 43,9 % e em nossa área é de 23,0 % coincidindo com a revisão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no ano de 2000 as pessoas com mais de 60 anos, no Brasil, alcançava aproximadamente os 15 milhões, e em 2010 houve um incremento de 8,6 % a 11 %, chegando neste ano, a mais 20 milhões de idosos. Segundo estimativas, em 2025 o país terá mais de 30 milhões de idosos e aproximadamente 85 % apresentarão pelo menos uma doença (IBGE, 2006).

As elevações da pressão sanguínea podem aparecer em qualquer indivíduo independentemente da faixa etária da vida, mas as pessoas com mais de 60 anos apresentam até um 60 % de possibilidades de desenvolvimento da doença, segundo MENDES (2008). A hipertensão arterial configura-se atualmente como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com consequências significativas para a saúde pública. A pressão alta abrange cerca de 30% da população adulta brasileira, na terceira idade o índice é de mais de 50% e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2002 apud GUIMARÃES; MEDEIROS, 2007).

Assim, “segundo MINISTERIO DA SAÚDE (2014 p.29), “hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg...”. O aparecimento da hipertensão arterial é consequência de uma combinação de fatores ambientais e predisposição genética. Portanto, a hipertensão resulta de várias alterações estruturais que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam danos cardiovascular (NOBRE 2000).

Segundo LITVOC J, BRITO FC (2004), envelhecer não é adoecer, é seguir sendo, seguir existindo, realizando, criando vida, é superar os limites dos que nos antecederam e de nossa própria geração, mas o sistema de saúde brasileiro, os

trabalhadores da saúde e a população brasileira, ainda precisam de mais preparação ao respeito, para conseguir um envelhecimento saudável. No Brasil, o crescimento dos índices das pessoas com sessenta anos ou mais é muito superior a de todas as demais faixas etárias, aumentando o peso dos cuidados com a saúde, é por isso que o novo saber em saúde, específico e avançado faz-se necessário, com parâmetros técnicos, culturais, sociais e biomédicos, que tenham como foco a prevenção e a promoção da saúde.

DANIESLKI K; SCHNEIDER F; ROZZA GS. (2008) asseguram que os idosos uma vez envolvidos nos exercícios físicos reduzem sua pressão sistólica e diastólica, com taxas de mortalidade menores que as dos sedentários. Segundo, CAMACHO, A. C. L. F. E COELHO M. J. (2010), no âmbito da saúde, o idoso tem garantido a assistência nos diversos níveis de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS); prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; incluir a Geriatria como especialidade clínica, fazer estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação.

A adesão ao tratamento é considerada um processo complexo, que recebe influências de fatores ambientais, individuais e de acolhimento pelos profissionais de saúde nas dimensões biológica, sociológica e psicológica, que são determinantes da qualidade do cuidado prestado (PIRES CGS, MUSSI FC, 2008). Também somam-se fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais, dificultando ainda mais o processo de adesão ao tratamento (HELENA ETS, NEMES M I, ELUF-NETO J, 2009).

Segundo (RIERA A R P, 2000), entre os pacientes que iniciam o tratamento para o controle da HAS, entre o 16 % e 50 % abandonam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, tornando-se prioritário aos profissionais de saúde desenvolver e programar estratégias que motivem ao paciente a continuar uma determinada terapêutica farmacológica ou não, fazendo intervenções com a equipe multiprofissional.

Tal panorama indica que o modo como as pessoas fazem seus tratamentos está entre os maiores desafios no enfrentamento da doença, que o tratamento adequado pode consistir tanto na adoção de estilo de vida saudável, quanto no uso de medicação ou a associação de ambos. (LESSA I, MAGALHÃES L, ARAUJO MJ, et. al, 2006). A adesão ao tratamento da pessoa idosa com essa doença é fundamental para melhorar a qualidade de vida e diminuir os riscos cardiovasculares. Na intenção

de identificar estratégias para promover adesão destes pacientes ao tratamento tem como objetivo para o presente estudo identificar os fatores que interferem no processo de adesão ao tratamento da HAS, em especial os idosos.

4- MATERIAIS E METODOS

O presente projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido em três etapas. A primeira etapa, já realizada, consistiu em uma revisão literária sobre as pessoas de mais de 60 anos no âmbito do SUS, sobre todo quando estão doentes. No decorrer do desenvolvimento do projeto foram levantadas na Unidade de Saúde Da Família Beata, município de Porto de Móz, estado do Pará, a grande incidência de hipertensão arterial em esta idade.

A segunda etapa consistiu então, em elaborar estratégias que buscassem melhorar a qualidade de vida de nossos paciente. A terceira etapa, por sua vez, foi elaborada buscando aumentar a adesão dos pacientes idosos ao tratamento de hipertensos, atendidos na área de atuação referida na unidade de saúde

As ações iniciais desempenhadas para identificação do público-alvo foram:

- Revisão dos prontuários, buscando identificar hábitos alimentários, fatores de risco
- Estruturação de visitas domiciliares as famílias identificadas
- Levantamento real de idosos hipertensos existentes na área atendida pela UBS de Beata
- Levantamento de idosos que poderiam ser beneficiados com ações preventivas

POPULAÇÃO ALVO

Após as ações iniciais verificou-se a existência de 126 pacientes hipertensos controlados e com seguimento. Foram identificados 265 idosos que poderiam ser beneficiados com ações de saúde preventivas.

AÇÕES DE INTERVENÇÕES

- Reunião com Agentes Comunitários de saúde – ACS para orientações quanto a busca de idosos hipertensos
- Estruturação de palestras voltadas aos idosos sobre hábitos alimentares, estilo de vida, fatores de risco de esta doença
- Estruturação do projeto permanente na UBS de educação em saúde voltado para idosos. Segundo tal projeto, uma vez por semana haverá palestra temática dada por algum profissional de saúde envolvendo temas
- Alimentação saudável
- Estilos de vida
- Fatores de risco
- Importância dos remédios anti-hipertensivos
- Ensinamentos de sintomas de descompensação

6- RECURSOS NECESSARIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

--Medico da Estratégia de saúde da família

--Agentes Comunitários de saúde

--Enfermeiro da Estratégia de saúde da família

6.2 RECURSOS FINANCEIROS

A unidade de saúde tem uma estrutura adequada para o desenvolvimento das palestras. Forem utilizados recursos da unidade:

1. Balança.
2. Esfigmomanómetro.
3. Requisição para exames laboratoriais.
4. Pasta para Arquivos do planeamento das atividades.
5. Caneta.
6. Prontuarios dos pacientes presentes na atividade.
7. Boletins de atendimento coletivo.
8. Listas de pacientes cadastrados.

Para realizar a intervenção no programa de hipertensos, vamos adotar o protocolo de atendimento ao paciente hipertenso do Ministério da Saúde, 2006 e 2012. Nossa unidade de saúde não possui sistema informatizado. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e a enfermeira irão elaborar uma ficha espelho que contenha todas as informações necessárias, tais como: Total de hipertensos , exame clínico apropriado, exames complementares em dia, de acordó com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, faltosos às consultas médicas, estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional sobre

alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal. Faremos contato com o gestor municipal para dispor da totalidade das fichas necessárias e para imprimir as fichas complementares.

Para organizar o registro específico do programa, o médico, a enfermeira, e os demais membros da equipe localizarão os prontuários do total de hipertensos da área de Beata, e transcreverão todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Também, será realizado o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre Protocolo de atendimento ao paciente hipertenso. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso serão reservados 2 horas cada semana, após a reunião de equipe e o médico será responsável pela organização da mesma.

O acolhimento dos hipertensos que buscarem o serviço será realizado por todos os membros da equipe. Serão reservadas quatro consultas diárias em um mesmo turno com prioridades no agendamento e sairão da unidade básica com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a Associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle de fatores de risco para estas doenças. Também realizaremos palestras sobre a importância da prática de atividade física regular, e para abandonar o tabagismo. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos.

Semanalmente a equipe de saúde examinará as fichas espelho dos hipertensos identificando aquelas que estão com consultas e exames em atraso. O ACS fará a busca ativa de todos os pacientes em atraso. Ao fazer a busca já agendará a consulta para um horário que seja conveniente para o usuário. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

7- RESULTADOS ESPERADOS

- Ampliar a cobertura aos pacientes hipertensos, viabilizando seu atendimento, diminuindo os riscos cardiovasculares e com eles a morbimortalidade por estas causas.
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos, estimulando a equipe para o trabalho multidisciplinar.
- Melhorar a adesão de hipertensos ao programa, ampliando a responsabilidade de cada participante com relação a seu próprio tratamento.
- Melhorar o registro das informações.
- Acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar o seu estado de risco.
- Promover a saúde de hipertensos

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Caderno de atenção básica 2013; estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas

Litvoc J, Brito F. C. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; p. 226, 2004.

Araújo, M. A. S. et al. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia/GO. Revista da UFG, v. 5, n. 2, dez., 2003.

Disponível em: www.proec.ufg.br/revista_ufg/.../perfil.html. Acesso em: agosto 2014.

Bloch, K. V. et al. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, v.24, n.12 p. 2979-2984, dez, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Danielski K, Schneider F, Rozza G. S. Promoção da saúde: implementação do grupo de caminhada no programa de saúde da família –PSF. Saúde Coletiva-5 anos. 26. Ed. São Paulo: Editora Bolina. 2008.

Fonseca, F. C. A; Coelho, R.Z; Malloy-Diniz, R; Silva Filho, H. C. A. Influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. J. Bras. Psiquiatr. P. 128-134, 2009.

Peres, D. S.; Magna, J. M.; Viana, I. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções e práticas. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 1-12, out. 2003.

Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: agosto 2014.

Silva, Jorge Luís Lima; Souza, Solange Lourdes de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida do docente. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.6, n.3, 2004.

Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: agosto 2014.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. Vidas diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arq. Bras. Cardiologia. São Paulo. 2010.

Sociedade brasileira de hipertensão. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São paulo, 2010. Disponível em: <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/sbh/arquivos/14.pdf>. Acesso em: agosto 2014.

Zaitune m. P. A.; barros m. B. A.; cesar c. L. G.; carandin a.l.; goldbau M. M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados, e prática de controle no município de campinas, são paulo, brasil. Cad saúde pública. 2006.

Passos, v. M. A.; assis, t. D.; barreto, s. M. Hipertensão arterial no brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiologia e serviços da saúde, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

Instituto brasileiro de geografia e estatística (ibge) 2010. Sinopse do censo demográfico 2010. [página na internet]. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00>. Acesso em: setembro 2014.

Camacho a. C. L. F, coelho m. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Ver. Bras. Enferm.; 2 (63), p. 279-784, 2010.

lessa i., magalhães l, araujo m. J. Et. Al. Hipertensão arterial na população adulta de salvador (ba)-brasil. Arq. Bras. Cardiol. 87 (6): p. 747-56, 2006.

Pires c. G. S., mussi f. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Cienc. Saúde colet.; 13 (2): p. 2257-67, 2008.

Helena e. T. S., nemes m. l., eluf-neto j. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. Saúde soc. 19 (3): p. 614-26, 2009.

Riera a. R. P. Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica. São paulo: atheneu; 2000.

Mattar , f. N. Pesquisa de marketing: edição compacta. São paulo: atlas.

