VANIA MEDEROS RAMOS

PROMOCAO E PREVENCAO DOS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSAO ARTERIAL

ALEGRE - RS
2017

VANIA MEDEROS RAMOS

PROMOCAO E PREVENCAO DOS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSAO ARTERIAL

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: CYNTHIA RAMOS

ALEGRETE - RS

2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal, é das doenças de maior prevalência na população. Devido à sua alta prevalência e morbidade, faz-se necessário uma maior atenção à prevenção, assumir condutas a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes evoluam para quadros mais graves, pelo que foi tomado em consideração a pretensão deste trabalho do portfólio, elevar a qualidade de vida da população mediante ações educativas integradas a educação intervencionista para sensibilizar e conscientizar a nossa população. No trabalho e desenvolvido um caso clinico relacionado ao atendimento e acompanhamento de um caso de hipertensão arterial assim como o seu manejo, abordamos o tema em relação a promoção da saúde e prevenção de doenças, baseada nos determinantes do estado de saúde que afeta aos indivíduos, nas principais características de modo e estilo de vida. A assistência domiciliar e uma atividade de saúde que possibilita a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional/família, constitui uma ferramenta fundamental no trabalho em saúde da família, identificando fatores de riscos importantes para o desenvolvimento de doenças crônicas, sendo a mais prevalente a HAS, de aí o interesse do projeto antes-depois de intervenção educativa desenvolvido no anexo do qual se esperam resultados significativos, demostrando a efetividade do trabalho educativo para a aquisição de conhecimentos.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, Prevenção de doenças, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLINICO 8

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 15

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO 21

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 26

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 29

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO 31

1. INTRODUÇÃO

Meu nome e Vania Mederos Ramos, estou com 32 anos de idade, doutora em medicina Geral Integral desde o ano 2009, formada na Universidade de Ciego de Ávila filial de Camaguey, Cuba. Comecei como medica da família na zona rural, onde fiz por dois anos o serviço social e finalizei a especialidade em Medicina Geral Integral no Município de Chambas. Logo foi na Venezuela, donde continuei meu trabalho na atenção primaria na missão Bairro Adentro por 3 anos e 4 meses ajudando a população mais necessitada dos bairros de difícil acesso do município Caroni do Estado Bolívar. Voltei para Cuba no ano 2015 e me incorporei a trabalhar na atenção primaria por 1 ano mais. Atualmente atuo como participante do Programa Mais Médicos para o Brasil desde fevereiro 2016 no Munícipio Alegrete do Rio Grande do Sul, também na zona rural desde o início da minha chegada ao município gaúcho do sul da região.

O município de Alegrete tem 78 499 de população e uma área de 7.803 km quadrados. Tem um total de 18 ESF, dois da zona rural, uma delas chama-se Conceição, onde eu atuo. Temos dois ônibus moveis que presta atenção nas zonas de difícil acesso ,2 UBS, um Hospital que tem atendimentos das especialidades de Ginecologia , Pediatria , Clinica Geral, Traumatologia, Cardiologia, Cirurgião Vascular ,Urologia, Psicologia, Endocrinologia e Dermatologia, sendo mais amplia a cobertura de atenção, Unidade de pronto atendimento, SAMU, tem além de isso, NASF, Sala de fisioterapia , Clinica de especialidades odontológicas , hemocentro , centro regional para saúde para trabalhadores , também temos os serviços de laboratório, raios x, ultrassonografia, tomografias. Além conta com atendimento na área da saúde mental com Caps antidrogas, para adultos e infantil. Ela tem, farmácias popular e municipal.

A ESF Conceição é rural, só tem uma equipe composta por uma médica clínica geral, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, não temos ACS. A ESF mantém vínculos com o SUS e com uma instituição de ensino. A equipe tem serviço de odontologia, mas só duas vezes ao mês, além disso, realiza atenção integral a saúde mental, adolescente, mulher, idoso, homem, de acordo com protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A modelagem de acolhimento da equipe que geralmente é utilizado é o acolhimento do dia, visitas domiciliares que a população agradece e em geral os resultados têm sido constatados. A ESF presta atendimento a 2528 pessoas da área de abrangência, ele este composto por uma sala de espera, consultório

odontológico, sala de enfermagem, consultório médico, cozinha e dois banheiros. A população da Conceição e rural, fica longe da cidade, e uma população gaúcha, necessitada e carece de médios para se transportar até a unidade de saúde, principal dificuldade que enfrentamos.

O principal motivo de consulta e as doenças crônicas como a Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, as dislipidemias, osteoarticulares e respiratórias. O nosso objetivo e fazer prevenção e promoção de saúde para elevar a qualidade de vida da população.

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. (1). Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. (2). Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida. (3). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). (4). No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. (5). Em julho de 2013, o SIAB contava com 33,1 milhões de famílias brasileiras cadastradas, abrangendo 114,4 milhões de pessoas ou aproximadamente 57% da população brasileira e

584.589 pertencem ao estado Rio Grande Do Sul. No município de Alegrete no ano 2013, comportou-se com 2776 casos na população acima de 15 anos de idade. (6). O desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravo. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo. Além desses, outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento. 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. Etnia, idade, sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis. E fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação, logo, a atenção do profissional com relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão. (7)

Existe uma incidência cada vez maior de alguns fatores de riscos que marcam o resultado integral do mesmo como o tipo de alimentação sedentarismo, obesidade e pouca promoção de saúde ao respeito. O conhecimento dos hipertensos sobre a doença e os seus fatores de risco é de grande relevância para delimitar o tratamento adequado, ou até mesmo apenas para redução de danos, através da adoção de medidas que visem minimizar o impacto da hipertensão na vida de seus portadores. As pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável.

A ESF tem um estimado de 155 pessoas com Hipertensão arterial que representa 6.13 % da população que fazem acompanhamento na unidade, mas sabemos que ainda não são diagnosticados muitos mais casos para ficar em correspondência com a média nacional. Devido à sua alta prevalência e morbidade, faz-se necessário uma maior atenção à prevenção, assumir condutas a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes evoluam para quadros mais graves, pelo que foi tomado em consideração a pretensão deste trabalho do portfólio, elevar a qualidade de vida da população mediante ações educativas integradas a educação intervencionista para sensibilizar e conscientizar a nossa população em quanto aos fatores de risco da hipertensão arterial, para isso foi elaborado um projeto de intervenção o qual fica anexado ao trabalho do portfólio, e a adesão ao tratamento, o qual fica representado no caso clinico exposto neste trabalho.

2. ESTUDO DE CASO CLINICO

Hipertensão arterial associada a abandono do tratamento e fatores de risco.

Caso clinico da ESF Conceição.

Anamnese: Identificação. Nome: C. V. B. Sexo: feminino. Idade: 42 anos Escolaridade: ensino meio sem terminar Religião: sem religião Estado civil: casada Profissão: Dona de casa. Naturalidade: RS Endereço: Guassoboi. Zona Rural. Município Alegrete.

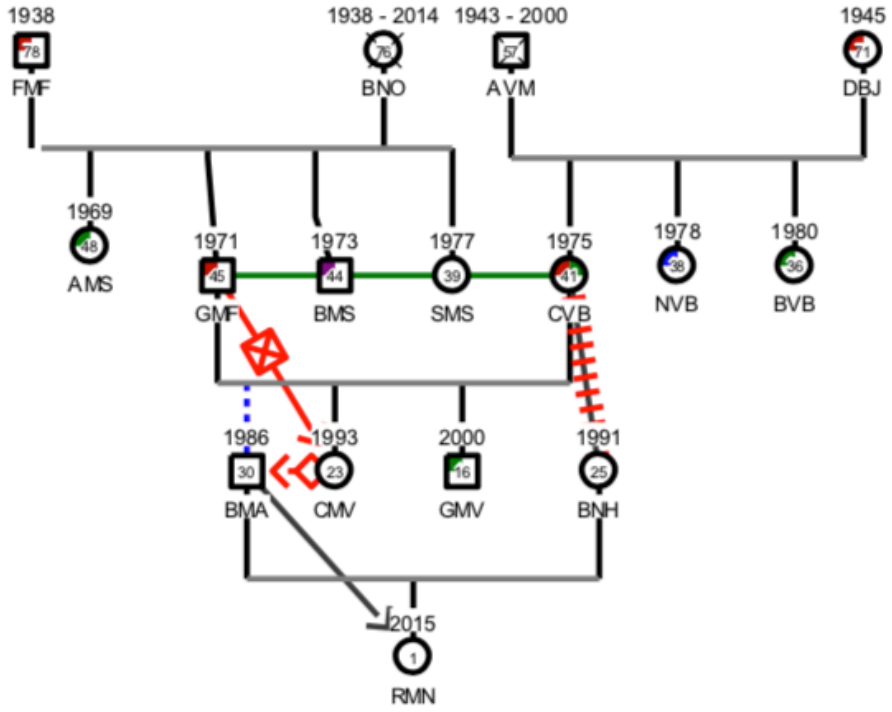
Motivo de consulta Data 01/06/2016: Dor de cabeça e ardência para urinar.

Primeira consulta medica: Paciente que relata dores de cabeça muito seguido na região da nuca, sobre todo aumenta se fica estressada ou quando tem muito serviço em casa e conta que já tem tomado medicação as vezes para ansiedade, além de isso relata ardência na urina faz 2 semanas e percebeu dor lombar nos últimos dias. Refere dificuldade para dormir e aumento de peso. Contou que ela tomava medicação para pressão arterial faz 1 ano e deixou de usar por sua conta pois disse que ela encontrava se bem.

Interrogatório

Sintomas gerais: ganho de peso Cabeça e pescoço: cefaleia e cervicalgia. Tórax, aparelho respiratório: não refere sintomas. Aparelho cardiovascular: não refere sintomas. Abdômen: não refere sintomas. Sistema digestivo: não refere sintomas. Sistema geniturinário: ardência na urina. História obstétrica: G4 P0 C4 Sistema endócrino: não refere sintomas. Sistema osteomioarticular: dor na região lombar Coluna vertebral: não refere sintomas. Sistema nervoso: agitação e insônia. Antecedentes patológicos pessoais: Hipertensão arterial crônica (abandonou o tratamento) Neurose ansiosa. Alergia: nega ter. Cirurgia: não Medicamentos em uso: paracetamol para dor de cabeça Antecedentes patológicos familiares: Mae: hipertensão arterial. Pai: falecido não sabe a causa Irma: obesidade

Genograma



História biopsicossocial: Família com contexto social aparentemente sem conflitos maiores, procedentes de família humilde moradores da campanha desde sempre. Geralmente se desempenham como trabalhadores de campo. Os casais mantem uma relação de armonia, cuidam e educam a seus filhos honradamente e o pai põe mão dura na adolescência do filho. O esposo tem 46 anos, trabalhador da campanha, no labor do campo, e hipertenso também. Moram em uma casa de madeira e bloque bem equipada e ambiente limpo higienicamente. Têm dois filhos, uma filha mulher de 23 anos estudante de curso em técnica de enfermagem e um filho home de 16 anos estuda ensino meio no polo da conceição, aspira continuar faculdade em agricultura.

O senhor tem adoptado um filho antes do matrimonio com a senhora, mas não mora com eles, é casado e tem uma filha pequena, moram na região e mantem boas relações com a família embora tem algum que outro sentimento de ciúmes entre irmãos. A casa composta por três quartos, uma sala, cozinha, banheiro e área de serviço. Animais domésticos: cachorro e gatos. Situação econômica familiar: salário

mínimo do esposo que trabalha no labor e o dela que ajuda a cozinhar para eles. Hábitos tóxicos: não refere fumar e de vez em quando ocasionalmente consume álcool (cerveja) Rol familiar: relações de família sem conflitos. Família aparentemente funcional. Agua de consumo: torneira.

Exame físico geral: Paciente que deambula sem dificuldade com facie e marcha não característica de processo patológico, orientada em tempo, pessoa e espaço. Fala típica e constituição gordinha. Atitude voluntaria. Mucosas: umedecidas e normocoradas. Tcs: não infiltrado Peso: 100kg Altura: 1.62 cm Imc: 38.1 Condição: obesa Peso ideal: entre 48.6kg e 65.6 kg Panículo adiposo: aumentado. Temperatura: 36,5 ºC Pele: textura e coração normal. Cabelo e unhas: aparentemente normais. Exame físico regional Cabeça: Crâneo: de aspecto e configuração normal. Cara: olho, nariz, boca e orelhas dentro da normalidade. Pescoço: corto, que realiza todos os movimentos, não rigidez de nuca e não adenopatias. Tórax: próprio de seu biótipo.

Abdômen: depressível, não doloroso a palpação, segue os movimentos respiratórios, barulho hidroaéreos normais. Não órgãos acrescentados. Coluna vertebral: realiza todos os movimentos, sem alterações. Extremidades superiores e inferiores: sem alterações. Região axilar e inguinal: não adenopatias. Exame físico por aparelhos e sistemas Sistema respiratório: MV normalmente, não se ausculta estertores FR: 20 x' Aparelho cardiovascular: RCR de bom tono. Não sopro cardíaco, FC: 76x' PA: 160/110mmhg pulsos periféricos presentes e sincrônicos. Geniturinário: genitais externos normais. Dor na palpação dos rins. Pontos pielorrenoureterales posteriores positivos. Hemolinfopoietico: baço não palpável, não doloroso. Não lesões compatíveis com transtornos na coagulação. Não adenopatias. Sistema digestivo: boca, língua, orofaringe, fígado e anus dentro da normalidade. Sistema nervoso: consciente e orientada em tempo pessoa e espaço. Não sinais meníngeos. Impressão diagnostica: 1- Hipertensão arterial crônica 2- Infecção do trato urinário Obesidade Ansiedade

Conduta a seguir

Tratamento não medicamentoso: mudanças no habito e estilo de vida, conversa sobre alimentação saudável e alimentos que fazem mal para pressão arterial. Atividades físicas. Tratamento medicamentoso: Enalapril 10mg a tomar 01 cp de 12/12 horas continuo. Hidroclorotiazida 25mg a tomar 01 cp de manhã continuo. Ansitec 10 mg a tomar 01 cp de noite antes de deitar. Ingestão de líquidos abundantes e

indicação de exames de sangue hematologia e química sanguínea. Urina e urocultura de caráter mais urgente para iniciar o tratamento. ECG.

Monitorização e controle de pressão arterial na unidade. Encaminhamento para nutricionista. Encaminho para oftalmologista para fundo de olho.

Consulta. Data dia 06/06/2016: Paciente que traz resultado de exame de urina com L-12 x campo, hte- 2, bacteriuria acentuada. Urocultura positiva para E. coli. Relata que está dormindo melhor, a dor de cabeça tem diminuído em frequência, mas continua com ardor para urinar e desconforto lombar. Refere que já marcou a consulta com a nutricionista. Pressão arterial: 145/90 mmhg

Conduta: Nitrofurantoina 100 mg medicamento sensível no antibiograma. Paracetamol 500 mg 01 cp de 8/8horas se dor. Reconsulta em 10 dias para avaliar resto dos exames e acompanhar.

Consulta. Data 16/06/2016 Paciente que traz resultados dos exames. Hb: 14.2 g/dl Hto: 42.8 % Leucog: 8300 mm3 Seg: 4.9 mm3 Linfócitos: 2.4 mm3 Monoc: 750 mm3 Eosinof: 375 mm3 Eritro: 5 mm. Glicose: 69 mg/dl Ureia: 16 mg/dl Creatinina: 0.80 mg/dl Ácido úrico: 4.3 mg/dl Tgp: 22 ui/l Tgo: 38 ui/l Colesterol total: 255 mg/dl HDL: 50 mg/dl LDL: 133 mg/dl Triglicerídeos: 262 mg/dl Pressão arterial: 150/100 mmhg. Fc: 78 x' Peso: 99.5 kg. ECG: ritmo sinusal, dentro da normalidade.

Conduta a seguir: Mudanças na alimentação. Hipossódica e hipograsa. Consumo de verduras e vegetares. Se explicam riscos consequentes da hipercolesterolêmia para a saúde. Complicações da hipertensão arterial. Atividade física. Ciprofibrato 100 mg cp Tomar 01 cp de noite após janta por 3 meses.

Consulta: data 13/07/2016 Pressão arterial: 140/80 mmhg Fc: 76x' Peso: 97 Kg. Bom estado geral. Relata que está dormindo melhor, as dores de cabeça têm melhorado muito. Está fazendo a dieta conforme a nutricionista indica e começo a fazer caminhadas de tarde. Refere além que já sua urina está normal e já não sente dor lombar. Sua família cuida da alimentação dela em casa e animam a fazer caminhadas de tarde e até fazem com ela. Continua tratamento indicado para pressão arterial.

Conduta a seguir:

Indico EQU e Urocultura evolutivo e exames de química sanguínea para acompanhar, para fazer em 3 meses. Reconsulta em 3 meses.

Consulta: data 14/10/2016 Pressão arterial: 130/80 mmhg Fc: 73x' Peso: 95 kg. Paciente que relata que está se sentindo melhor, lhe está custando se adaptar com alimentação nova, mas como ela já percebeu a melhoria pois vai continuar com certeza. Traz resultados de exames, e relata que quer continuar tomando a medicação para dormir pois acha que faz tão bem. Hb: 14.10 g/dl Hto: 41.7 % Leucog: 7.6 mm3 Seg: 4.1 mm3 Linfoc: 2.8 mm3 Monoc: 456 mm3 Eosinof: 152 mm3 Plaquetas: 257 mm3 Vsg: 7 mm Glicose: 99 mg/dl Ureia: 33 mg/dl Creatinine: 1.01 mg7dl Colesterol total: 229 mg7dl HDL: 58 mg/dl LDL: 165 mg7dl Triglicerídeos: 123 mg/dl Ácido úrico: 4.9 mg/dl EQU: I- 5 X CAMPO Hematites: 2 X CAMPO. Bacteriuria: Moderada

Conduta a seguir: Continuar tratamento. Renovação de receita de ansitec. Acompanhamento pôr a nutricionista. Atividade física. Acompanhamento em 4 meses. A equipe planeja fazer visita domiciliar na fazenda que fica do lado onde mora a paciente e decidimos que a próxima visita seria para ela para ver como estava a saúde dela.

Breve revisão Bibliográfica

A hipertensão arterial sistêmica constitui-se um importante fator de risco para doenças cardiovasculares (8) E considerada uma doença crônica, pode ser influenciada pelo grau de participação do indivíduo portador de tal patologia, dependendo de fatores como a aceitação da doença, controle e conhecimento da mesma e aparecimento de complicações.(9) Estudos observacionais têm demonstrado que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão apresentam uma má adesão ao tratamento da pressão arterial (10)

A elevada prevalência desta condição clínica e as devastadoras sequelas atribuídas ao não adequado controle da pressão arterial estão bem documentadas e incluem, além das doenças cardiovasculares e renais, a ocorrência de morte prematura. Um fator que contribui significativamente para o não controle da pressão arterial, motivando a realização de estudos e pesquisas é a não aderência ao tratamento o que constitui um sério problema e deve ser entendida como um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento da HAS (11) Vários estudos mostram que existem alguns fatores, considerados fatores de risco que, associados entre si e a outras condições, favorecem o aparecimento da hipertensão arterial, sendo: idade, sexo, antecedentes familiares, raça, obesidade, estresse, vida

sedentária, álcool, tabaco, anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gorduras (12)

Obesidade, definida como índice de massa corpórea (IMC) > 30 kg/m2, é um importante fator de risco para hipertensão arterial. Estudos transversais demonstram que obesidade é associada a níveis mais elevados de pressão arterial (PA) e investigações prospectivas confirmam que o ganho de peso, ao longo da vida, é um importante preditor para o desenvolvimento de hipertensão arterial. Como contraprova da importância da obesidade na fisiopatogênese da hipertensão arterial, a perda de peso é frequentemente associada à diminuição dos níveis de PA.

Neste contexto, do ponto de vista conceitual, podemos assumir que obesidade é causa de hipertensão arterial. Além da associação HA e obesidade, a síndrome agrega também dislipidemia e alterações no metabolismo da glicose, sendo a hiperinsulinêmica secundária à resistência à insulina um possível mecanismo fisiopatológico para explicar a presença da HA nesta situação. Em modelos experimentais de obesidade e hipertensão já foi demonstrado uma possível participação do sistema nervoso simpático como importante mediador da hipertensão, a atividade simpática aumentada é um importante achado em indivíduos obesos. Do ponto de vista hemodinâmico, os principais achados relacionados à hipertensão associada à obesidade em estudos experimentais e em humanos são a expansão do volume extracelular e o aumento do fluxo sanguíneo regional resultando em aumento do débito cardíaco.

Tais alterações podem ser revertidas com a redução do peso. Independentemente da redução da PA, são vários os efeitos benéficos da redução do peso, entre eles: melhora da tolerância à glicose e do perfil lipídico; diminuição das doenças degenerativas articulares; melhora dos sintomas depressivos e da apneia do sono, aumento da tolerância aos exercícios físicos e melhora da autoestima que, em última análise, significa melhora da qualidade de vida (13)

A presença de hipertrofia cardíaca, condição de maior morbimortalidade cardiovascular, diretamente relacionada à hipertensão arterial, ultimamente vem sendo associada à obesidade como um fator de risco independente (14 e 15). O aumento da massa corpórea determina um incremento nas necessidades metabólicas por parte do tecido adiposo, ocasionando elevação do débito cardíaco que, associado à sobrecarga de volume, promove o aumento da massa cardíaca (16) Pessoas com sintomas de depressão ou ansiedade estão sob maior risco de desenvolvimento de

hipertensão, conforme estudo de duas décadas de duração. (17). As pessoas ansiosas têm maior risco de sofrer com picos de pressão arterial, por isso, é necessário se atentar às exposições diárias ao estresse e tensão, seja no ambiente profissional ou pessoal, a fim de evitar a evolução da ansiedade para níveis alarmantes. Especialistas da Universidade Federal de Minas Gerais, da Universidade Federal de Ouro Preto e da Fundação Mineira de Educação e Cultura, realizaram uma revisão bibliográfica sobre a influência dos fatores emocionais e a pressão arterial. Concluiu-se, a partir das relações pesquisadas, que os três estados emocionais elevam a pressão arterial, encontrando-se forte associação entre a intensidade da ansiedade e a pressão arterial diastólica (18).

Se, por um lado, emoções promovem alterações cardiovasculares, por outro, estudos mostram elevada morbidade psiquiátrica em hipertensos. Episódios pressores repetidos, advindos das relações interpessoais estressantes, têm mostrado relação com o aceleramento da hipertensão, desde que promovam descargas no sistema nervoso central de forma repetida e acumulada em pessoas geneticamente predisponentes (19)

Ansiedade não causa pressão alta (hipertensão) a longo prazo. Mas episódios de ansiedade podem causar picos dramáticos, temporários em sua pressão arterial. Se esses picos temporários ocorrem com frequência, como todos os dias, eles podem causar danos aos seus vasos sanguíneos, coração e rins, e causar a hipertensão crônica. (20)

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O aumento da expectativa de vida é um dos indícios de melhora da qualidade da saúde geral da população. O conceito de saúde engloba ações no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção das doenças e seu tratamento. Desde que comecei minha vida como professional da saúde, e sobre todo como medica geral da família, me enfoquei em levar em pratica o exposto anteriormente. Não foi diferente meu objetivo ao chegar na ESF Rural onde atualmente me desempenho, já faz ano e 3 meses. A pesar das dificuldades que tem ido melhorando com o de cursar do tempo, temos ido modificando as condições de saúde e qualidade de vida de forma contínua e sustentada no trabalho diário de promoção e prevenção na saúde centrado no indivíduo.

Promoção significa centrar-se nos determinantes do estado de saúde que afeta aos indivíduos da população atendida, sendo meu ponto de partida para iniciar todo um trabalho de cuidado e reconhecimento de toda a população dentro da área de abrangência. Baseada nas principais características de modo e estilo de vida que acostuma a ter o pessoal da campanha, me inspirei em tratar de modificar a qualidade de vida deles em quanto a alimentação, nutrição, educação, habitação, saneamento, recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Pois este tipo de população não se interessa muito nestes aspetos por causa da vida cotidiana e envolvida no trabalho de casa e do labor. De aí o peculiar estilo e modo de vida que adoptam sem tomar em conta os cuidados a saúde.

Meu primer ver foram os pacientes sem fichas nem prontuários em comparação com a quantidade de população na área, pacientes com doenças crônicas com ultimo acompanhamento de mais de ano o que traz consigo não prevenir complicações, pacientes de saúde mental poli medicados o que me chamou muito a atenção neste grupo. Encontrei grandes dificuldades com o acompanhamento das crianças menores de 1ano e o pré-natal, sendo como principal escusa para a não adesão ao acompanhamento, o desconhecimento que o médico geralista proporcionava atenção medica para estes grupos, e a outra, que ficava muito longe da maioria dos domicílios. Os poucos atendimentos destes grupos não tinham uma sistematização adequada nem avaliadas todos os aspetos que por mínimo deveriam

de ter. Tomando estes dados como referência e pela necessidade, comecei a encaminhar ações de promoção e prevenção para o alcance de melhores níveis de saúde.

Analisei como lograr que nosso serviço fora o primer contato dos pacientes com o sistema, garantindo a maior parte de resolutividades dos problemas de saúde, bem como está fundamentada, e me apoiando nos atributos em saúde de cumprir com a longitudinalidade aportando de forma regular cuidados a saúde e seu uso consistente ao logo do tempo, criando um ambiente de relação colaborativa e humanizada, com a integralidade que supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, com a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde quando fora necessário e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças, com a coordenação implicando a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Dediquei tempo para organizar os prontuários das doenças crônicas, crianças, mulheres em idade fértil, doenças transmissíveis, e aquelas com fatores de risco e hábitos tóxicos. Continuei na pesquisa ativa de pacientes hipertensos que nem sabiam que eram, pacientes diabéticos, obesos com IMC identificados no prontuário, e as crianças que não estavam em acompanhamento por causa da distância até conseguir um posto de saúde, e neste último trabalhei em busca de solucionar este problema e modificar assim a adesão das crianças a unidade.

Através do trabalho em equipe e depois de analisadas as estratégias a serem tomadas para modificar este fator, nos traçamos como meta acompanhar 100% das crianças, residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde ou pelo menos a grão maioria, com prioridade para as menores de 2 anos, garantir consultas médicas ou de enfermagem, de rotina ou eventuais para as crianças residentes na área de abrangência. Começamos por citar para consulta a todas as crianças que moravam mais perto para que elas foram a voz propagadora e expansiva dos resultados e opiniões que geraram a qualidade dos atendimentos. Foram assumidos os objetivos de tratar de forma integral à criança e proporcionar participação familiar. Se enfatizou na necessidade e importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado com alimentação, até os dois anos de vida, garantimos a imunização básica da criança, onde encontramos grandes dificuldades,

atualização do esquema vacinal resultou um grão impacto de satisfação. Realizamos vigilância e acompanhamento do desenvolvimento psicomotor da criança em cada etapa da sua vida, atreves do interrogatório e exploração física, resultando assombroso como resultado de opinião, e demostrando a ausência do mesmo nos atendimentos anteriores.

Monitoramos a saúde das crianças residentes na área de abrangência, em especial daquelas que apresentam fatores de risco ao nascer ou evolutivo, além detectamos e encaminhamos para tratamento precoce as crianças que apresentarem desvios do crescimento e do desenvolvimento, patologias ou agravos que incidem nesta faixa etária, através de consultas, de rotina ou eventuais, assim como nas visitas ao domicilio planejadas e enfocadas ao grupo de risco. Proporcionamos avaliação do peso, estatura e circunferências cefálicas e torácicas, com avalição nutricional para a idade, assim como também a informação para os pais da alimentação adequada e momentos em que devem ser iniciadas. Coordenamos a presença da nutricionista para a pesagem de bolsa família tão reclamado pela comunidade e nos casos que precisam, a visita da assistente social. Já saem da consulta com as recomendações para cada tempo de vida, com profilaxias em quanto acidentes no domicilio, principais doenças infectocontagiosas, mais comuns nessa idade, cuidados da pele do bebe, e com próxima consulta ou vacina ou visita domiciliar já agendada.

Hoje tenho como objetivo manter o ritmo de trabalho continuado e sistemático com a comunidade, avaliando resultados obtidos e solucionando aqueles que ainda aparecem ou não temos completado, não conto com ajuda dos agentes comunitários pois nunca tive, mas tenho conseguido a confiança e um maior vínculo com a população, pelo que me a facilitado meu trabalho nesta tarefa de saúde. Planejamos e realizamos ações específicas prioritárias em função de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados com seus fatores determinantes e condicionantes.

Revisão da bibliografia

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. No entanto, os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades. (21). Para que a criança cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as

transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos, capazes de promover seu bem-estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor (22)

A puericultura tem como objetivo promover o acompanhamento sistemático da criança, avaliando seu crescimento e desenvolvimento de forma ininterrupta, a fim de promover e manter a saúde, reduzir incidências de doenças e aumentar as chances de esta crescer e se desenvolver de modo a alcançar todo o seu potencial. (23). O Ministério da Saúde preconiza que a consulta de puericultura consiste em uma avaliação integral da saúde da criança de 0 a 6 anos, durante a qual se avalia o crescimento e desenvolvimento, peso, estatura, desenvolvimento neuropsicomotor, imunizações e intercorrências, bem como o estado nutricional. (24)

Para se fazer um controle efetivo durante o pré-natal e a puericultura não são necessárias instalações caras, tecnologia complexa ou laboratórios sofisticados, mas sim a garantia de acesso aos serviços de todos os níveis do Sistema de Saúde, com oferta de recursos humanos capacitados e de métodos diagnósticos e terapêuticos adequados para a detecção e tratamento de morbidades (25) Cada contato entre a criança e os serviços de saúde, independente do fato, queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de sua saúde, e para uma ação resolutiva, de promoção da saúde, com forte caráter educativo. O acompanhamento sistemático do crescimento da criança constitui o eixo central desse atendimento. A partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é também possível o estabelecimento de condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes e o estabelecimento de condutas preventivas, adequadas à cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde. (26)

A assistência à saúde do RN na UBS deve começar logo após a alta da maternidade. A equipe da UBS poderá captar essas crianças através de:

Visita domiciliar à puérpera e ao RN nos primeiros 7 a 10 dias após a alta hospitalar; Pela Declaração de Nascidos Vivos (via rosa). Agendamento realizado por profissional da Maternidade por telefone; O Agente Comunitário de Saúde deverá fazer visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido nos primeiros 7 a 10 dias após a alta. Os objetivos dessa visita são: Orientar os pais sobre as melhores atitudes e

comportamentos em relação aos cuidados com o RN Identificar precocemente os RN com sinais gerais de perigo.

CUIDADOS COM O RN – ORIENTAÇÕES DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES

HIGIENE PESSOAL

- Orientar o banho diário e a limpeza do RN.
- Orientar a lavar as mãos antes de manipular o RN.
- Orientar que não se deve usar perfume ou talco no RN.
- Orientar a limpeza da região anal e perineal a cada troca de fraldas para evitar lesões na pele.
- Explicar que, nas meninas, a higiene da região anal e perineal devem ser feitas no sentido da vulva para o ânus.

CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

- Explicar a importância de cuidar adequadamente do coto umbilical para evitar infecções.
- Manter o coto umbilical sempre limpo e seco.
- Após o banho, depois de secar bem o umbigo, envolvê-lo em uma gaze embebida com álcool absoluto.
- Não cobrir o umbigo com faixas ou esparadrapo.
- Desaconselhar o uso de moedas, fumo ou qualquer outra substância para “curar” o umbigo.

HIGIENE DO AMBIENTE

- Cuidar das roupas do RN, mantendo-as limpas.
- Ferver a água do banho, se essa não for tratada.
- Manter limpo o lugar em que o RN dorme.
- Manter a casa arejada e usar mosquiteiros, se necessário

SINAIS GERAIS DE PERIGO NA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES, SEGUNDO A AIDPI, A SEREM VERIFICADOS NA VISITA DOMICILIAR

- Convulsões
- Bebê mais “molinho”, parado e com choro fraco.
- Gemente
- Não pega o peito ou não consegue se alimentar
- Febre (temperatura igual ou maior a 38ºC)
- Temperatura baixa (igual ou menor que 35,5ºC)
- Diarreia
- Umbigo vermelho e/ou com pus
- Pústulas na pele
- Pele amarelada
- Placas brancas persistentes na boca (27)

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO

O Serviço de Atendimento Domiciliar é uma assistência oferecida na residência do paciente, proporcionando a garantia de continuidade dos cuidados à saúde, é um serviço complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, com foco na assistência humanizada e integrado às redes de atenção disponíveis na rede pública de saúde. A visita domiciliar e organizada na minha Unidade de Saúde com planejamento prévio e sempre buscando as melhores resolutividades embora as dificuldades que nos apresentamos para levar o trabalho para frente, perseguimos através dela, fortalecer o vínculo entre as famílias e os profissionais da saúde da equipe, pois nos permite conhecer a realidade do indivíduo e da sua família, instrumento muito fundamental para poder atuar nela em quanto a promoção, prevenção e cuidados de doenças e reabilitar os casos necessários no domicilio. A assistência domiciliar e uma atividade de saúde que possibilita a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.

Minha equipe de saúde se reduze a uma técnica de enfermagem e medica da atenção integral. Faz já alguns meses que não temos enfermeira nem equipo odontológico e mesmo assim nos duas assumimos o trabalho da equipe, pelo que o planejamento das visitas domiciliares foi organizado por minha preocupação de cobrir as necessidades e demandas que iam chegando até chegar o momento de tomar uma alternativa para a melhor solução possível. Analisando a situação de falta de recurso humano no posto, avaliando a possibilidade do deslocamento até as casas dos pacientes que necessitam pôr a longa distância, e o planejamento de atendimentos na Unidade, refletimos como desenvolver as mesmas e resolver este problema, priorizar as famílias e os indivíduos de maior risco e poder dar sistematização e avaliação em conjunto com os professionais envolvidos em casos que precisem.

Então pensei em fazer um cadastro das famílias de maior risco, com situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde e os indivíduos com situação ou problema crônico agravado, situação de urgência, problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impediam o deslocamento até a unidade de saúde e problemas de acesso à unidade. Analisei os casos de problemas de saúde agudo que necessitem 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, embora não tenho casos ainda destes últimos, mais está inserido dentro de minhas prioridades a resolver e planejar. E os casos de idosos, gestantes e crianças, sobre tudo menor de 1 ano, que são considerados grupos priorizados e que são nos casos das gestantes e as crianças os que menos comparecem a consultas programadas por causa da distância a recorrer, e moradores temporários por motivos de trabalho que são constantemente trasladados de uma área a outra.

Tendo toda a situação centralizada e organizada, planejamos as visitas sistemáticas seguindo um cronograma de visitas da nossa criação, ficando sempre uma vez por semana para realizar elas, e dependendo da distância, seria a quantidade de pessoas a serem visitadas no dia. Isto nos permitiu uma mais amplia cobertura de conhecimento da nossa população e além de isso, permitiu expandir mais ainda o conhecimento e interesses da população do trabalho da equipe e do Posto de Saúde.

A assistência domiciliar constitui uma ferramenta fundamental no trabalho em saúde da família, nem sempre e feita como deveria ou como a gente quer para satisfazer as demandas e as melhores resolutividades, pois temos muitas deficiências que ainda enfrentamos, mas sobre elas, tentamos sempre com as alternativas que vão surgindo no de cursar do tempo. Elas são feitas com vistas a proporcionar e assegurar a atenção integral ao indivíduo e sua família nos riscos que se apresentem e em aqueles que já estão estabelecidos na pessoa. Enfocamos em quanto a saúde bucal, saúde da mulher, do idoso, do adolescente, da criança e saúde mental, sejam queixas ao respeito, acompanhamento ou reabilitação. Proporcionamos neles e em cada uns dos casos, visita integral, saúde-ambiente, exame físico, medida da pressão arterial, teste de HGT, curativos simples, medição da temperatura, exame da garganta, medição nos casos das gestantes da altura uterina e circunferência abdominal, ausculta cardíaca do feto com sonar e em casos excepcionais alguma medicação requerida. Se realiza abordagem clínica ao caso prioritário, após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família. Realizamos a pesquisa ativa em busca de pessoas hipertensas, diabéticas e doenças transmissíveis, repassamos atividades educativas a família toda e orientamos atividades preventivas que competem a todos. Nos casos que precisam de avalição com especialistas,

viabilizamos o encaminhamento com as partes comprometidas e em parceria agilizamos o processo, a nossa maior dificuldade e o deslocamento de alguns pacientes até a cidade nestes casos, com a reiterada alegação de não ter possibilidade de pagar passagem para ele e o cuidador ida e volta, e a outra dificuldade que a maioria apresentam e a distância de onde moram até o lugar de pegar ônibus. Não sempre disporemos do apoio da secretaria de saúde para o transporte, e quando e alguma especialidade fora do município, se torna pior a resolutividade. Ai, a gente se dirige até as alternativas que disporemos, são os casos de ajuda do NASF, assistência social em casos que necessitaremos sua avaliação para presentear processo ou a opinião de tele saúde.

Terminada a visita e abordado os objetivos já propostos com anterioridade, acho que logramos estabelecer o vínculo necessário para o melhor relacionamento e confiança entre os membros da família e o nosso pessoal, embora cabe ressaltar que a população rural se caracteriza por a humildade, pela atenção tão dedicada e o vínculo de amizade que nos proporcionam na acolhida ao chegar ao domicílio. Consideramos o relacionamento estabelecido com a família, identificamos as necessidades relatadas pôr a família e cada uns dos integrantes e elaboramos um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada uma, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática.

Embora as dificuldades que apresentamos para a realização do trabalho em geral na equipe, contando que não temos a presença dos ACS, acho que a conclusão do nosso trabalho tem resolutividade e enfoque integral, claro que seria muito melhor com uma equipe mais completa e com apoio total das partes na resolução dos problemas.

Breve Revisão da Literatura

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. (28). Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e,

consequentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem. (29)

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde (30), sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares.

(31) A VD 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.(32) A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década(33) 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. (34)

A VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação. Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claro e ser previamente delineada pela equipe de profissionais. (35) A ESF, uma vez que objetiva a promoção e a qualidade de vida das pessoas em seu cotidiano, deve promover a garantia dessa qualidade no próprio ambiente em que as pessoas vivem, estimulando sua participação ativa no cumprimento desse objetivo. (36)

Os objetivos da Visita domiciliar na atenção básica/ESF, são planteados em Geral a proporcionar vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, em uma área geográfica adscrita da ESF e em específicos onde devem ser estabelecidos e considerando o (s) motivo (s) da sua solicitação e estar em consonância com a finalidade para a qual a atividade foi proposta. As

Situações ou motivos que requerem VD e acompanhamento domiciliar, são as que estão atreladas aos programas e protocolos da Atenção Básica, e obedecendo os princípios do SUS de acesso e equidade. Cada equipe deve priorizar e organizar as visitas conforme a situação da comunidade, indicação do Agente Comunitário e recursos da equipe de modo a dar cobertura a todos os indivíduos e famílias que por algum agravo, ou situação permanente ou provisória estejam incapacitados de buscar a atenção à saúde na Unidade. (37)

Este modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional. Complementa-se que a atenção domiciliar envolve a prática de políticas econômicas, sociais e de saúde, para reduzir os riscos de os indivíduos adoecerem; a fiscalização e o planejamento dos programas de saúde; e a execução das atividades assistenciais, preventivas e educativas. Assim, abrange desde a promoção até a recuperação dos indivíduos acometidos por um agravo e que estão sediados em seus respectivos lares. (38)

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Como dizem Almeida e Mishima (2001), …A saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe....

Com o texto anteriormente citado acima e que começo minha reflexão, procurando fazer um resumo conclusivo da trajetória do Curso em especialização em Saúde da Família, o qual hoje estamos quase finalizando e devo falar sobre sua influência na micha pessoa como profissional, além das mudanças que proporcionou no meu atuar durante o trabalho como medica da atenção primaria. O trabalho em equipe implica interação constante, isso e uma das coisas que sempre tive presente em cada uma das etapas das atividades do curso, para lograr a satisfação do trabalho, realizando a tarefa assistencial, o atendimento integral e o vínculo bem fortalecido com a nossa comunidade, e para isso aprendi e recapacitei nos modos que temos que construir para lidar com os saberes e disciplinas necessários para o logro de um bom atendimento em saúde. Aprendi que se os papéis assumidos pelos membros da equipe da ESF não se adaptarem às necessidades, essa se torna ineficaz e não atinge o seu objetivo.

Reconheço que a gente tem que melhorar humanamente. Durante as atividades do curso foi descobrindo que ainda nos faltava conscientização e diversidade de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe. Sempre é possível dar um pouco mais de nós para alcançar o objetivo, no sentido de interagir entre si, ter compromisso ético, respeito com o outro e com a população, motivação, planejamento, responsabilidade, e, acima de tudo, objetivos claros, possibilitando assim a construção de um projeto comum.

Foi uma experiência muito interessante o estudo da Saúde no Brasil desde seus inicios, pelo menos para mim, foi totalmente novo, pois sou de um pais diferente totalmente em quanto a cultura, desenvolvimento político, transcendência e história da saúde diferente e embora o sistema de saúde e parecido, tem muitas coisas que marcam a diferencia. A evolução e estruturação do sistema de saúde no Brasil, foi além de aprendizagem, foi um conteúdo que me envolveu sentimentalmente durante o transcurso do primer eixo, foi como vivenciar através da história os câmbios e

mudanças que foram acontecendo a partir das dificuldades e luta da população por lograr um sistema de saúde mais completo e eficiente, capaz de abarcar e responder as demandas que se imporiam cada vez mais e determinavam o estado precário da saúde na época. Serviu, portanto, para compreender melhor o porquê do surgimento das políticas de saúde, baseadas em objetivos historicamente analisados. Com o estudo do eixo 1, ampliei conhecimentos e adquiri novos, pois me fiz reflexionar com conteúdo fundamentais para a compreensão do desenvolvimento do trabalho em saúde, para hoje melhorar as condutas e o manejo das doenças crônicas e transmissíveis e elevar a qualidade de vida trabalhando melhor nos cuidados, promoção e prevenção da saúde, portanto na qualidade de vida.

Me senti mais comprometida com a população que necessita do SUS, pois foi um logro dela que proporciona mais agilidade e resolutividade, beneficiando de maneira fácil aos usuários. No desenvolvimento das distintas atividades, enriqueci minha parte como profissional, pois adicionei conhecimentos com respeito ao uso da papelada usada na unidade tais como o prontuário, fichas epidemiológicas, o preenchimento dos encaminhamentos da referência e contrareferência, que tão importantes são no trabalho na atenção primaria e que não fazia adequadamente por desconhecimento e outros por nem saber que existiam.

O uso da tecnologia como ferramenta no trabalho em saúde foi para mem mais que uma ferramenta a utilizar. E no eixo 2 me exercitei como profissional, utilizei meus conhecimentos mais aqueles que acrescentei e fortaleci minha vida como profissional. Apliquei e perfeccionei minha conduta durante minha pratica no exercício da profissão e transmiti ela em cada caso clinica que desenvolvi, aplicando o estudado e discutido com os demais colegas nas atividades de fóruns, em quanto ao manejo das DCNT e as transmissíveis. Fez mudar minha conduta nesses casos graças aos estudos realizados no eixo 2.

Foi uma experiência nova para mem, o preenchimento do CAT, possibilitou meu saber para o manejo dos casos de acidente de trabalho e conduta posterior. Desde minha chegada na Unidade trabalhei na bosqueja de alternativas para melhorar os indicadores de saúde e elevar a qualidade do atendimento na área devido as dificuldades acumuladas durante muito tempo, e umas das que hoje posso falar, e que me ajudou a crescer no meu atuar como medica de atenção primaria e da Família, foi o atendimento em saúde da criança, que baseado no estudo no curso, incrementei o número e a qualidade das consultas neste grupo. Foi muito produtivo e estimulante

compartilhar com os demais colegas e trocar ideias e experiências, resultou importante a discuta entre todos da nossas experiências e forma de vivenciar o nosso atuar desde cada uma das esferas que afrontamos. A forma como cada qual pensa e age ante distintas situações em que a pesar de ser a mesma discutidas por todos, cada um aporta uma alternativa resolutiva com pensamento humanizado e sempre em favor da nossa população como objetivo em comum.

E finalmente todo fica plasmado e resumido com a elaboração do TCC, que não e mais que um projeto produto da pratica e experiência com o objetivo de melhorar a saúde e propor uma alternativa para logra-lo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Hipertensao_arterial_estimativas_de_prevalencia_Valeria_Azeredo.pdf
Departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/03-epidemiologia.pdf
Https://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertensao_arterial
Http://www.abc.med.br/p/hipertensao- arterial/22140/hipertensao+arterial.htm
Http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003
Http://www.deepask.com/goes?Page=rio-grande-do-sul-Confira-o- numero-de-pessoas-com-hipertensao-arterial-no-seu-estado
Http://www.scielosp.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030
Http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7605/7605001.pdf 9- Http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf
10. Burt VL, Curtler JA, Higgins M, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment,
Http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n4/12704.pdf
Http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919.pdf
And control of hypertension in the adults US population: data from the health Examination surveys, 1960 to 1991. Hypertension 1995; 26: 60-9.
Http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-2/hipertensao3.pdf
Levy D, Garrison RJ, Savage DD, Kannel WB, Castelli WP. Left ventricular mass and incidence of coronary heart disease in an elderly cohort. The Framingham Study. Ann Intern Med 1989;110:101-7. [Links]
17 Levy D, Anderson KM, Savage DD, Kannel WB, Christiassen JC, Castelli WP. Echocardiographically detected left ventricular hypertrophy: prevalence and risk factors. The Framingham Study. Ann Intern Med 1988;108:7-13, [Links]
Maza MP, Estevez A, Bunout D, Klenner C, Oyonarte M, Hirsch S. Ventricular mass in hypertensive and normotensive obese subjects. Int J Obes 1994;18:193-7. [Links]
Http://emedix.com.br/not/not2000/00mar23psi-cfah-daa-hipertensao.php

Https://coracaoalerta.com.br/fique-alerta/estudos-apontam-relacoes- entre-os-niveis-de-ansiedade-e-a-hipertensao/
Http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewfile/26384/17577
Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Saúde da criança: protocolo. 1. Ed.-
Londrina,PR; 2006.Fugimori E, Ohara CVS (Org.). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole; 2009.
Http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0160po.pdf
. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo Med. J 2001; 119: 33-42.

Http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf
Http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/3- PROTOCOLO-CONSULTA-ENFERMAGEM-SAUDE-DA-CRIANCA-VERSAO- 2012.PDF
Http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf
Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm 2007; 6:659-64.

Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enferm 2006;4:645-53
Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. Http://ids-saude. Uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp (acessado em 15/Abr/2008)
Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.
Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.
Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. 2006; 15(2): 88-95.

Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 43-6. Http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849dddfb21f0e.pdf

PRÉ-PROTOCOLO DE ATENÇÃO DOMICILIAR. Universidade Federal de Santa Catarina. Assessoria de Desenvolvimento Institucional.2009.pdf
Http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

VANIA MEDEROS RAMOS

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA ELEVAR O NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE OS FATORES DE RISCOS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.

ALEGRE - RS

2017

RESUMO

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. De aí o interesse do projeto antes-depois de intervenção educativa para elevar o conhecimento dos fatores de riscos que incidem na Hipertensão Arterial dos pacientes da Unidade De Saúde da Conceição. O universo do trabalho estará constituído por 105 pacientes hipertensos e serão escolhidos de eles uma mostra de 30 que cumpriram os critérios de inclusão. Se dará a conhecer as características da investigação pela equipe de saúde para os pacientes que serão escolhidos para o estúdio e que de uma vez eles transmitirão o aprendido ao resto da família. Se aplicara uma encosta previa discussão aprovação de acordo aos objetivos propostos antes e depois da intervenção educativa para comprovar que se adquiram níveis de conhecimentos altos e médios com respeito a como influem os fatores de riscos na hipertensão arterial e sua importância em quanto a: o hábito de fumar, obesidade, nutrição, prática de exercícios físicos e alcoolismo. Depois do processo educativo se esperam resultados significativos, demostrando a efetividade do trabalho educativo para a aquisição de conhecimentos.

Palavras chaves: Hipertensão arterial / Intervenção educativa / Fatores de riscos

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. (1)

A hipertensão arterial (pressão alta) é das doenças de maior prevalência na população. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida. Segundo a American Heart Association é a doença crónica que ocasiona o maior número de consultas nos sistemas de saúde, com um importantíssimo impacto económico e social. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vem aumentando a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. (2,3)

A OMS (Organização Mundial da Saúde) divulgou esta semana que a hipertensão arterial é responsável pela morte de 9,4 milhões de pessoas por ano, em todo mundo, além de estar relacionada com 45% dos ataques do coração e 51% dos derrames cerebrais.(4) Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011). No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). (5) No

Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, representa A principal causa de mortalidade, com 35,4% das mortes no Estado.

Entre as regiões brasileiras, a população do sul do país destaca-se pela elevada expectativa de vida. Em contrapartida, isso acarreta um expressivo aparecimento de doenças crônico-degenerativas, por vezes sustentadas por hábitos como dieta rica em gordura e estilo de vida com baixa ou nenhuma atividade física. Devido a isso, essa população apresenta significativa predisposição ao desenvolvimento de DCV como a DAC. Em 2002, foi realizado um estudo em que 19 cidades sedes das Coordenadorias Regionais de Saúde foram rastreadas com o intuito de se conhecer a prevalência dos FR do estado do Rio Grande do Sul (RS). Os dados demonstraram que o sedentarismo, a predisposição à DAC por antecedentes familiares e a obesidade se manifestaram em mais de 50% da população gaúcha.

Assim, em 2014, com o objetivo de se conhecer a atual prevalência dos FR no RS e a comparar com os dados obtidos em 2002, as mesmas 19 cidades foram rastreadas. Embora após 12 anos outras pessoas fossem pesquisadas, todas eram moradoras das mesmas regiões. Aqui, os dados encontrados foram analisados e discutidos e poderão auxiliar no planejamento de novos programas de prevenção primária no RS. (6)

Em 95% dos casos, a causa da hipertensão arterial (HA) é desconhecida, sendo chamada de HA primária ou essencial. Nesses pacientes, ocorre aumento da rigidez das paredes arteriais e a herança genética pode contribuir para o aparecimento da doença em 70% dos casos. Nos demais, ocorre a HA secundária, ou seja, quando uma determinada causa predomina sobre as demais, embora outras possam estar presentes. (7)

Justificação do problema da Investigação: O município de Alegrete e uma cidade com uma população estimada de 78 499 de população, de ela uma parte considerável pertencesse a zona rural gaúcha e não encontra-se isolado ao antes expressado sendo uma região gaúcha com mais fatores de risco por seus modos e estilos de vida, além foi feita uma revisão documental e observo.se no município no ano 2013 comportou-se com 2776 casos na população acima de 15 anos de idade com uma incidência de 10283,00 casos por cada 100mil habitantes, sendo mais que a média estimada nacional de 9530,41 por cada 100mil habitantes. A ESF Conceição fica na zona rural a 80 km da cidade onde pela incidência e prevalência da hipertensão

arterial está sendo uns dos motivos mais frequentes de consulta, está sendo levado a investigação e projeto educativo. Unido a isto existe uma incidência cada vez maior de alguns fatores de riscos que marcam o resultado integral do mesmo como o tipo de alimentação sedentarismo, obesidade e pouca promoção de saúde ao respeito.

Pergunta investigativa:

Da situação exposta anteriormente, se plantio a seguinte pergunta investigativa:

Se incrementará o nível de conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial depois da intervenção educativa?

Hipóteses da investigação: Se se aplica uma intervenção educativa sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial se elevará o nível de conhecimento nos pacientes da unidade de saúde Conceição do Município de Alegrete.

2. OBJETIVOS

Com o propósito de solucionar o problema de investigação se definirem os seguintes objetivos.

2.1 Objetivo Geral

Realizar una intervenção educativa para elevar o conhecimento sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial nos pacientes adultos da ESF Conceição.

2.2 Objetivos Específicos

- Distribuir os pacientes em quanto a: idade, Sexo, Escolaridade.
- Identificar o nível de conhecimento sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial antes y despois de aplicada a estratégia educativa em quanto a:
- Prática de exercícios físicos.
- Hábito de fumar.
- Consumo de bebidas alcoólicas.
- Obesidade.
- Educação nutricional.
- Determinar o nível de conhecimento geral dos pacientes hipertensos.
- Realizar um folheto educativo relacionado com a temática.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão arterial é uma doença crónica determinada por elevados níveis de pressóricos nas artérias, o que faz com que o coração exerça maior esforço do que o necessário para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações, pode acontecer quando nossas artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. Hoje, a hipertensão é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças. (8,9)

Hipertensão arterial é a pressão arterial acima de 140x90 mmHg (milímetros de mercúrio) em adultos com mais de 18 anos, medida em repouso de quinze minutos e confirmada em três vezes consecutivas e em várias visitas médicas. A pressão sanguínea envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica). (9,10)

Pressão alta é uma doença "democrática". Ataca homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres, idosos e crianças, gordos e magros, pessoas calmas e nervosas, é muito comum, acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinge em torno de, no mínimo, 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão. (11,12). Não tem cura, mas pode ser controlada e tratada, evitando-se, assim, complicações, como o acidente vascular cerebral. Geralmente a hipertensão é uma doença que não apresenta sintomas alarmantes ou claramente identificáveis, e isso faz dela uma doença perigosa. As pessoas que sofrem de casos mais graves de hipertensão têm sintomas mais claros quando a pressão se eleva demasiadamente. (13)

Embora a hipertensão seja uma doença muitas vezes silenciosa, existem fatores de risco gritantes que devem ser levados em consideração para ficar em alerta sobre este problema, entre eles estão o histórico da doença na família, ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica, tabagismo, dislipidemia (excesso de gordura

no sangue), obesidade, vida sedentária, estresse e alimentação com excesso de sal. (14)

A hipertensão arterial pode ser dividida em dois tipos:

Hipertensão arterial primária: não tem uma causa específica, desenvolvendo-se ao longo dos anos devido ao envelhecimento, falta de exercício, excesso de peso ou consumo excessivo de sal, por vezes, associada a história familiar de HAS (hipertensão arterial sistêmica).

Hipertensão arterial secundária: é o tipo de hipertensão mais raro, aparecendo como consequência de algumas doenças como diabetes, Síndrome de Cushing ou problemas renais. A definição mais aceita hoje em dia sobre hipertensão é a seguinte:

Normotensos: pressões menores ou igual a 120/80 mmHg. Pré-hipertensos: Pressões entre 121/81 – 139/89 mmHg. Hipertensos grau I: Pressões entre 140/90 – 159/99 mmHg.

Hipertensos grau II: Pressões maiores ou iguais a 160/100 mmHg. Hipertensão do jaleco branco (hipertensão da bata branca)

Dá-se o nome de hipertensão arterial do jaleco branco quando encontramos pacientes que só apresentam pressão arterial alta durante as consultas médicas. São pessoas que ficam ansiosas na presença do médico e a pressão sobe pontualmente. A hipertensão do jaleco branco não é hipertensão propriamente dita, mas acomete pessoas que apresentam maior tendência de desenvolvê-la, sendo um fator de risco para hipertensão real. Estes pacientes têm indicação para mudanças nos hábitos de vida visando impedir a progressão para a doença estabelecida. Os sintomas da hipertensão são raros, mas podem incluir: Tonturas; Dor de cabeça, especialmente na nuca; Alterações na visão; Sangramentos do nariz; Dificuldade para respirar; Dor no peito.

Estes sintomas são mais frequentes durante uma crise hipertensiva, quando o paciente não está fazendo o tratamento de forma adequada ou não sabe que tem a doença, e devem ser tratados no hospital. (15,16) O simples fato da pressão dentro das artérias se elevar não é suficiente para provocar sintomas. Os sintomas da hipertensão arterial só surgem tardiamente, depois que algum órgão já estiver com grave lesão, a hipertensão arterial é uma doença silenciosa, foi acertadamente chamada de "assassina silenciosa" que pode estar presente durante anos sem provocar nem sequer um sintoma. (17,18) A pressão arterial muito elevada (diastólica

superior a 120 mmHg), de aparecimento súbito, é designada por "crise hipertensiva". A pressão sanguínea acima destes níveis acarreta um risco elevado de complicações.

Urgência hipertensiva é a crise hipertensiva em que não se verifica lesão de órgãos alvo. A maior parte dos indivíduos com crise hipertensiva tem já antecedentes de pressão arterial elevada; no entanto, o aumento súbito pode dever-se a outros fatores. Na maior parte dos casos verifica-se que houve controlo incorreto da doença ou a interrupção na tomada da medicação. As causas mais frequentes são: a interrupção da tomada dos medicamentos, doenças vasculares, uso de algumas drogas como, por exemplo, cocaína e anfetaminas, traumatismo craniano, alguns tipos de tumores, glomerulonefrite aguda, eclampsia ou pré-eclâmpsia. Estes pacientes raramente são assintomáticos, sendo mais susceptíveis de relatar dores de cabeça (22% dos casos), um estado geral de confusão cognitiva, tonturas, distúrbios visuais tais como visão nublada, flashes de luz, diplopia, sensação de falta de ar devido a pré-edema pulmonar.

Emergência hipertensiva é o termo que se aplica à crise hipertensiva quando o aumento brusco da pressão arterial se acompanha de lesão dos órgãos alvo. Anteriormente designada por "hipertensão maligna", é uma crise hipertensiva mais grave, com compromisso de outros órgãos e pode ser diagnosticada mediante a observação de danos diretos nesses órgãos alvo. Raramente se verifica a lesão de órgãos em valores de pressão diastólica inferiores a 130 mmHg. Entre eles, é de referir a Encefalopatia hipertensiva, causada pelo edema (inchaço) e disfunção do cérebro e manifestada através de perturbações da consciência. Retinopatia hipertensiva com hemorragias e/ou exsudatos no fundo do globo ocular. Cardiopatia hipertensiva onde a dor torácica pode ser um sinal de isquemia miocárdica aguda (que pode evoluir para um enfarte do miocárdio) ou por vezes de dissecção da aorta (a laceração da camada interna da parede da aorta). Insuficiência do ventrículo esquerdo, (incapacidade do ventrículo esquerdo em bombear o sangue para a aorta o que vai aumentar a pressão na aurícula esquerda e dificultar a drenagem das veias pulmonares para esta cavidade cardíaca)

Dispneia, sinal de um pré-edema pulmonar, que pode evoluir para um edema pulmonar com tosse e expetoração espumosa acompanhada de fios de sangue e um agravamento da dispneia) Insuficiência renal aguda (rápida deterioração da função renal) Nestas situações, é imperativa a redução urgente da pressão arterial de modo a parar o processo de degradação dos órgãos alvo. Se as urgências hipertensivas

podem ser tratadas com medicação oral, já as emergências hipertensivas necessitam de um tratamento rápido e eficaz usualmente por via endovenosa pois o paciente está sob um elevado risco de hemorragia cerebral e edema pulmonar mortal. (19)

O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão, e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações nas atitudes e formas de viver, são elas:

Modificações do estilo de vida. As modificações do estilo de vida, apresentadas a seguir, são as mesmas medidas empregadas no tratamento não- medicamentoso do hipertenso.

Controle do peso

Manter o peso na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros), entre 20 kg/m² e 25 kg/m². Esse objetivo deve ser conseguido mediante dieta hipocalórica balanceada, associada ao aumento da atividade física diária e à prática regular de exercícios aeróbios. O uso de anorexígenos não é aconselhável, pelo risco de complicações cardiovasculares. Esses objetivos devem ser permanentes, evitando-se grandes e indesejáveis flutuações do peso.

Redução da ingestão de sódio: Limitar a ingestão diária de sódio ao máximo de 2,4 g de sódio ou 6 g de cloreto de sódio. Esse total deve incluir o sódio contido nos alimentos naturais e manufaturados.

Aumento da ingestão de potássio: É recomendável que a ingestão diária de potássio fique entre 2 g e 4 g, contidos em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos.

Redução ou abandono da ingestão de álcool: Abandonar ou limitar o consumo diário de álcool a 30 ml de etanol para os homens (720 ml de cerveja, 240 ml de vinho e 60 ml de bebida destilada) e à metade dessas quantidades para as mulheres.

Prática de exercícios físicos: Praticar exercícios físicos aeróbios, 30 a 45 minutos por dia, 3 ou mais vezes por semana. Tentar aumentar também a atividade física diária.

Suplemento de cálcio e magnésio: Manter ingestão adequada de cálcio e magnésio. A suplementação dietética ou farmacológica desses cátions ainda não tem embasamento científico suficiente para ser recomendada como medida preventiva.

Modificação de outros fatores de risco cardiovascular. Tabagismo: Eleva agudamente a pressão arterial e favorece o desenvolvimento e as complicações da aterosclerose. Sua interrupção reduz o risco de acidente vascular encefálico, de

doença isquêmica do coração e de doença vascular arterial periférica, além de evitar seus outros efeitos deletérios. A exposição ao fumo (tabagismo passivo) também deve ser evitada.

Dislipidemias: A hipercolesteronemia é um dos maiores fatores de risco cardiovascular. O nível de colesterol total sérico deve ser mantido abaixo de 200 mg/dl, com LDL- colesterol (colesterol de baixa densidade) abaixo de 130 mg/dl. A hipertrigliceridemia (triglicerídeos > 200 mg/dl) deve ser tratada com as medidas dietéticas referidas anteriormente, acrescidas da redução da ingestão de carboidratos simples e de bebidas alcoólicas. Quando necessário, recomenda-se o uso de fibratos. (20,21)

O tratamento medicamentoso visa reduzir as doenças cardiovasculares e a mortalidade dos pacientes hipertensos. Até o momento, a redução das doenças e da mortalidade em pacientes com hipertensão leve e moderada foi demonstrada de forma convincente com o uso de medicamentos rotineiros do mercado. Na hipertensão severa e/ou maligna, as dificuldades terapêuticas são bem maiores.

O tratamento medicamentoso deve observar os seguintes princípios:

O medicamento deve ser eficaz por via oral e bem tolerado

•. Deve permitir o menor número de tomadas diárias

O tratamento deve ser iniciado com as doses menores possíveis e se necessário aumentado gradativamente ou associado a outros, com o mínimo de complicações O medicamento deve ter custo compatível com as condições socioeconômicas do paciente para permitir a continuidade do tratamento O mais sério problema no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é que ele pode ser necessário por toda a vida. Aí então o convencimento da necessidade do tratamento é muito importante para que o paciente tenha uma aderência permanente. Os controles médicos devem ser periódicos para o acerto das dosagens medicamentosas e acompanhamento da evolução da doença cardiovascular (20)

Medicamentos para Hipertensão

Os medicamentos mais usados para o tratamento de hipertensão são:

- Aldactone
- Apresolina Aradois Atenolol

- Atenolol + Clortalidona Atensina
- Besilato de Anlodipino Benicar
- Clortalidona Co-Pressotec Captopril
- Captopril + Hidroclorotiazida Carvedilol
- Concor Diovan Diurix Doxazosina Duomo
- Enalapril + Hidroclorotiazida Enalapril
- Espironolacton Furosemida Hidroclorotiazida Higroton Indapen SR Lasix
- Lisinopril
- Losartana Potássica
- Losartana Potássica + Hidroclorotiazida Metildopa
- Nebilet (22)

Qualquer pessoa com hipertensão arterial primária pode tê-la sob controle com uma ampla variedade de medicamentos disponíveis, mas o tratamento precisa ser adaptado a cada indivíduo. Para a grande maioria dos portadores de hipertensão arterial primária, o tratamento inicia com diuréticos ou beta bloqueadores, em geral tiazínicos, em pequenas doses. Além disso, existem indicações obrigatórias como nos casos de diabete mellitus, onde os inibidores da enzima conversora da angiotensina são importantes na proteção renal ou nos portadores de insuficiência cardíaca, onde está universalmente aceita sua ação benéfica diferenciada, tanto na melhora funcional, quanto nas complicações e sobrevida. (23)

4. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.

Materiais e métodos

Trate-se de um estúdio pre-experimental (antes-depois) de tipo de intervenção educativa com o objetivo de elevar o nível de conhecimento sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial na população que pertence a Unidade de Saúde da Conceição do Município de Alegrete RS.

UNIVERSO

O universo que participara na investigação seriam 245 pacientes da área de abrangência da Unidade de Saúde nas idades compreendidas de 15 a 39 anos devido a incidência nestes grupos de idades com uma mostra de 30 pacientes, se aplicara um teste com o fim de avaliar seu nível cognoscitivo, se obtêm 14 ou mais pontos (30), se realizara uma encosta, e uma vez obtido os resultados da mesma se implementara um programa educativo previamente desenhado, logo ao final se aplicara novamente a encosta para avaliar os resultados obtidos ao concluir a intervenção.

Critérios de inclusão Ter entre 15 e 39 anos.

Ser paciente da Unidade de Saúde Conceição. Dar o consentimento de participar na investigação.

Critérios de exclusão

Não ser paciente da Unidade de Saúde Conceição. Paciente que não quer participar na investigação.

O estudo se realizara em três momentos. Um primer momento se realizara uma encosta inicial para diagnosticar o nível de conhecimento que tem as pessoas sobre o tema de estudo e conhecimentos gerais do tema. Em um segundo momento se realizara a intervenção educativa, que se baseará num programa educativo que se desenhará tendo em conta as brechas existentes nos conhecimentos sobre a doença diagnosticada na encosta inicial e a partir de uma revisão bibliográfica exaustiva, este programa responde a necessidade crescente na população de elevar os conhecimentos sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial permitindo uma maior

participação comunitária. Neste programa se enfatizara os princípios didáticos que asseguram uma melhor atenção a particularidades sobre o tema de forma que se logre uma assimilação ativa e consciente dos conhecimentos.

O programa se realizara num tempo de 10 semanas com um total de 11 encontros de 60 minutos de duração, com uma ou duas frequências semanais segundo o tema a tratar.

Nos encontros se ofereceram conferencias, aulas práticas que permitirá utilizar as técnicas participativas- comunicativas necessárias para lograr os objetivos propostos, como chuva de ideias, leitura eficiente, dramatizações, discussão grupal, conversa educativa, entre outras.

Num terceiro e último momento se realizara a avaliação final da intervenção a través da aplicação da encosta, a avaliação se baseará no nível geral de conhecimentos e particular de cada um dos temas de estudo.

5. CRONOGRAMA

	2017				
ATIVIDADES	E NE	F EV	M AR	A BR	M AI
Encosta inicial	X				
Programa educativo					
TEMA 1: Introdução	X				
TEMA 2: Pratica de exercícios físicos para o controle da Hipertensão arterial	X				
Tema 3: O habito de fumar como fator de risco da hipertensão arterial		X			
Tema 4: Influência do álcool na hipertensão arterial		X			
Tema 5: Educação nutricional para o controle da hipertensão arterial			X		
Tema 6: Educação nutricional para o controle da hipertensão arterial			X		
Tema 7: A obesidade como fator de risco da hipertensão arterial				X	
Tema 8: Como foi o programa?				X	
Avaliação final. Encosta					X

6. RECURSOS E MEIOS NECESSÁRIOS

O projeto utilizara material para as aulas que a secretaria de saúde disponibilizara:

- Quadro e canetas esferográficas.
- Datashow.
- Papel tamanho carta
- Copias xerox
- Computador e modem para internet para obter informação mais atualizada.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização deste projeto de intervenção educativa na população que sofre de hipertensão arterial na comunidade da Conceição, esperamos obter melhoria na expectativa de vida, além de proporcionar conhecimentos sobre a doenças e como prevenir as complicações da mesma e assim elevar a qualidade de vida de um paciente com hipertensão arterial, modificando modo e estilo de vida para diminuir riscos e fatores agravantes. Pretendemos fazer expansivo a educação de saúde para o resto dos familiares e população em geral para não só aqueles que já sofrem a doença senão também aqueles que tem fatores de riscos a padecer. Esperamos conseguir níveis de conhecimentos mais altos sobre os fatores de riscos da doença crônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cuaderno de Atenção Básica ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
Http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm 3-
https://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial
http://drauziovarella.com.br/hipertensao/hipertensao-arterial-mata-quase-10-milhoes-de-pessoas-por-ano/
Caderno de Atenção Básica ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA P-19.
6-
https://www.researchgate.net/publication/26396192_Prevalencia_reconhecimento_e_controle_da_hipertensao_arterial_sistemica_no_estado_do_Rio_Grande_do_Sul
7-http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm
https://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial
http://www.minhavida.com.br/saúde/temas/hipertensão
https://www.abcdasaude.com.br/nefrologia/hipertensao-arterial-pressao-alta
https://www.abcdasaude.com.br/nefrologia/hipertensao-prevencao-e- tratamento
http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp
http://brasilescola.uol.com.br/doenças/hipertensao.htm
https://coracaoalerta.com.br/fique-alerta/hipertensao-arterial-ou-pressao- alta/
https://www.tuasaude.com/hipertensao-arterial/
http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da- hipertensao.html
http://www.mdsaude.com/2012/08/sintomas-da-hipertensao.html
https://www.indicedesaude.com/artigos_ver.php?id=2144
https://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial
https://www.abcdasaude.com.br/nefrologia/hipertensao-prevencao-e- tratamento
http://departamentos.cardiol.br/dha/consenso3/capitulo7.asp
http://www.minhavida.com.br/saúde/temas/hipertensão
http://emedix.com.br/doe/car001_1i_hipertensao.php

Anexo1.

Consentimento informado para os pacientes hipertensos que participaram na investigação:

Eu aceito participar no estudo a realizar para elevar nível de conhecimento sobre os fatores de risco da hipertensão arterial de forma voluntaria, com a seguridade de que a informação obtida será de grão importância para o mantimento da nossa saúde e para que assim conste, assino junto ao médico que me brinda as explicações.

_____ _____

Assinatura do participante Dra. Vania Mederos

Anexo 2:

Encosta.

A continuação lhe oferecemos uma encosta onde deve selecionar com uma o mais (x) a resposta que mais se ajuste a sua pessoa. Não é necessário que escriva seu nome, a encosta é totalmente anónima.

1-Qué idade vc tem? 2- Sexo:

Masculino Feminino

Escolaridades:

Ensino fundamental sem terminar.

Ensino fundamental terminado.

Ensino médio.

Ensino superior.

Você considera que com a prática de exercício físico pode controlar sua pressão arterial?

4.1- Pode.

4.2- Não pode.

Com que frequência considera que deve realizar exercícios físicos? 5.1- Nunca.

5.2- Diariamente.

5.3- Não sei.

5.4- 3 vezes por semana. 5.5- Quase todos os dias.

O consumo do cigarro ou tabaco contribui a elevar cifras de pressão arterial? 6.1- Contribui.

6.2- Não contribui.

Marque quais efeitos produz o consumo de bebidas alcoólicas sobre a pressão arterial.

7.1- Eleva a pressão arterial.

7.2- Diminui a pressão arterial. 7.3-Nao tem nem um efeito.

Quais dos alimentos relacionados a continuação pode ser consumido sem produzir elevação da pressão arterial?

8.1- Laranja.

8.2-Bolachas.

8.3- Amendoim.

8.4 -Cenoura.

8.5- Maionese.

8.6- Leite.

8.7- Carne de porco frita. 8.8- Melancia.

8.9- Presunto.

8.10- Tomate.

Dentro dos tipos de gorduras oferecidos a continuação qual ou quais você considera que elevaria a pressão arterial?

9.1- Aceites (girassol, soja, oliva) 9.2- Manteiga.

9.3- Manteiga e aceite

9.4- A que tenha nesse momento.

Que quantidade de sal deve consumir diariamente? 10.1- 5g ao dia. (Uma colher de sobremesa raça).

10.2- Neuma

10.3- 7g ao dia. (Uma colher e meia de sobremesa).

Quál dos seguintes fatores podem fazer que aumente a pressão arterial? 11.1- Aumento de peso nos últimos anos.

11.2- Diminuição do peso corporal.

11.3- A pressão não tem nada a ver com o peso corporal.

Anexo3

Programa educativo para elevar os conhecimentos sobre os fatores de risco da hipertensão arterial.

1 Fundamentação:

O Ministério de Saúde encontra se em todo um processo de perfeccionamento, oferecendo múltiplos serviços para a suade da população e doenças crônicas como a Hipertensão Arterial, mas o nível de conhecimento das pessoas sobre os fatores de risco da mesma há sido limitado. Tendo em conta as debilidades no conhecimento deste grupo populacional, se desenhou este curso para enfrentar este problema de saúde.

3-Objetivo geral:

Realizar uma intervenção educativa para elevar o conhecimento sobre os fatores de risco da hipertensão arterial nos pacientes Hipertensos da região.

Objetivos específicos:

Distribuir a os participantes em quanto a:

Idade

Sexo.

Explorar o nível de conhecimento dos pacientes Hipertensos sobre os fatores de risco da hipertensão arterial antes e depois da intervenção educativa em quanto a:

Prática de exercícios físicos.

Hábito de fumar.

Consumo de bebidas alcoólicos.

Educação nutricional.

Obesidade.

Elaborar um programa educativo que ajude a elevar o nível de conhecimento sobre os fatores de riscos da hipertensão arterial.

Avaliar o conhecimento dos pacientes Hipertensos antes e depois de realizado a intervenção educativa.

Desenhar um plegavel que sirva de apoio ao programa educativo.

Requisitos de ingresso:

Pacientes Hipertensos que pertence a área de abrangência do Posto de Saúde.

Duração:

11 frequências (Se realizaram 11 encontros de 60 minutos de duração, com uma ou duas frequências semanais segundo o tema a tratar.

Modalidade:

Curso.

Finalidade esperada:

O egresado de este curso contará com o conhecimento necessário sobre os riscos da hipertensão arterial. Neste curso se descrevem as características da hipertensão arterial, suas formas de apresentação e prevenção. Resume os conteúdos revisados num exercício integrador que promove a dinâmica grupal e enfatiza a necessidade, factibilidade e importância das atividades de prevenção no cenário local das equipes de saúde.

Estrutura do Plano de estudo e aspectos organizativos: Semanas letivas: 8

Frequência semanal: 11 frequências Total de horas: 44 horas

Se realizará na área de saúde onde fica a Unidade de saúde com uma matrícula de 30 pacientes Hipertensos.

Planeamento:

Programa analítico:

Todos os temas a desenvolver no curso se prepararam com aplicação a situações problemáticas de saúde em relação com a metodologia de OMS para o controle dos fatores de riscos da hipertensão arterial.

Sede: Unidade de Saúde da Conceição. TEMA1: Introdução

Objetivo: Presentar a os participantes e o programa

Conteúdos: Brindar informação a os participantes dos propósitos que perseguimos com esta intervenção. Criar um ambiente positivo para a reflexão grupal em torno a problemática.

Tema 2: Prática de exercícios físicos para o controle da hipertensão arterial.

Objetivo: Conhecer os exercícios físicos que devem realizar os pacientes Hipertensos assim como seus benefícios.

Conteúdo:

1-Tipos de exercícios físicos para o controle da hipertensão arterial. 2-Beneficios da prática de exercícios físicos

Tarefas para o tema.

O professor de educação física expandirá os distintos tipos de exercícios físicos que se devem realizar nesta etapa de vida. Se realizara leitura comentada acerca dos benefícios da prática de exercícios físicos.

Tema 3: O hábito de fumar como fator de risco da hipertensão arterial. Objetivo: Analisar os danos e benefícios do hábito de fumar sobre a saúde. Conteúdo:

1-Influencia do tabagismo na hipertensão arterial. 2-Consequencias do hábito de fumar.

Tarefas para o tema.

O professor elabora uma situação problemática onde se mostrem os aspectos essenciais acerca dos efeitos do tabagismo na saúde dos pacientes hipertensos. Posteriormente os pacientes reflexionam entorno a problemática que se presenta.

Tema 4 Influencia do alcoolismo na hipertensão arterial.

Objetivo: Reflexionar acerca dos danos que provoca o álcool e seu repercussão no organismo.

Conteúdos:

1-Danos que produz o álcool. 2-Mitos acerca do álcool.

Tarefas para o tema.

Inicialmente se procura despertar o interesse e atenção dos participantes para logo expor os conteúdos do tema onde o professor expandirá os danos que ocasiona o álcool sobre o indivíduo, família e a sociedade. Se realizara una lluvia de ideas donde quede reflejado los mitos sobre el alcohol.

Tema 5: Educação nutricional para o controle da hipertensão arterial.

Objetivo: Lograr uma adequada educação nutricional sobre uma alimentação equilibrada e proporcionadora de micronutrientes que favorecem a saúde.

Conteúdos:

1-Alimentos que se devem consumir.

2-O sal E as gorduras na elaboração dos alimentos.

Tema 6: Educação nutricional para o controle da hipertensão arterial. Objetivo: Elaborar dietas que possibilitem o controle da HSA. Conteúdos:

1-Alimentos que se devem consumir. Tarefas para o tema:

O professor formara 3 subgrupos a cada um de eles lhe dará tarjetas com alimentos que se podem consumir, os participantes elaboraram dietas a partir do oferecido por o professor.

Tema 7: A obesidade como fator de risco da hipertensão arterial.

Objetivo: Propiciar nos pacientes Hipertensos reflexões acerca da obesidade. Conteúdos:

1 - Conceito e classificação da obesidade. 2- Medidas para o controle da obesidade. Tarefas para o tema:

Nesta atividade se abordara as principais medidas para a prevenção da obesidade assim como os elementos a ter em conta para a classificação da mesma.

Tema 8: Como nos foi?

Objetivo: Valorar a transcendência do debatido e a utilidade para suas vidas. Conteúdos:

1-Integracao dos temas abordados nos encontros. 2-Aplicacao da encosta.

Tarefas para o tema.

Nesta atividade os coordenadores realizaram uma integração dos conteúdos abordados nos encontros valorando a importância que revistem o mesmo.