

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Dra. Geisa Ladrón de Guevara Ruíz

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PORTO ALEGRE (RS)

2018

SUMÁRIO:

1. Atividade 1: Introdução	01
2. Atividade 2: Caso Clínico	04
3. Atividade 3: Promoção de Saúde	12
4. Atividade 4: Visita Domiciliar	17
5. Atividade 5: Reflexão Conclusiva	22
6. Referencias Bibliográficas	24
7. Anexos	26

1. Introdução:

Eu me chamo Geisa Ladrón de Guevara Ruíz e sou médica cubana do Programa Mais Médico para o Brasil. Eu me graduei de médico na Universidade de Santiago de Cuba no ano 2008. Após graduada comecei trabalhar na Serra Maestra, uma região rural do país, onde fiz a especialidade de Medicina Integral da Família no ano 2010. Tenho como experiência laboral meu trabalho como médico em meu país Cuba por cinco anos e como médico internacionalista no país de Venezuela no ano 2013 onde trabalhei por dois anos e agora estou aqui no Brasil desde o ano 2016. Desde o mês de setembro estou trabalhando no município de Alvorada do Estado Rio Grande do Sul, que pertence à mesorregião metropolitana de Porto Alegre e à microrregião de Porto Alegre, foi fundada em 17 setembro de 1965. Faz uma divisa com os municípios de Porto Alegre, Viamão, Gravataí e Cachoeirinha. Tem uma população de 210 661 habitantes deles 120 441 são mulheres e 90 220 são homens, onde mais predomina a população jovem.

1.1. Contextualização da UBS:

Trabalho na unidade de Saúde Cedro que foi fundada no ano 1998 como uma estratégia da secretaria de saúde para melhorar as condições de vida e saúde das pessoas dessa comunidade e fica na Rua Rio Grande 1125, cuja área de abrangência inclui os bairros Maria Regina e parte da população do Bairro Salomé. Tem cadastrados um total de 4 500 famílias, para um total 17550 pacientes deles 9755 são mulheres e 7795 são homens. É composta por duas equipes de saúde (integradas por uma médica, uma enfermeira, técnico de enfermagem, e agentes comunitários), e uma equipe de odontologia (composto por uma odontóloga e assistente de odontologia). As pessoas que moram na comunidade a maioria apresentam muitos riscos devido à presença de famílias de baixo nível social, econômico, cultural e educacional. É uma comunidade muito pobre, onde tem muitas pessoas desempregadas, com vivendas em péssimas condições estruturais, com ausência de saneamento básico adequado, com um alto índice de violência e consumo de drogas, álcool e cigarro. Detrás da unidade temos o CRAS/AAS Social que atua como apoio para aquelas pessoas mais necessitadas e na prevenção de casos de violência contra mulheres, crianças e pessoas idosas, também temos na área Igrejas católicas, evangélicas (Assembleia de Deus,

Adventista e Congregação Cristã), temos duas escolas uma de ensino básico e outra de ensino médio, os estudos universitários são realizados na cidade de Porto Alegre e contamos com duas creches que facilitam o trabalho das mães do bairro. A maioria dos pacientes atendidos na unidade de saúde são as pessoas idosas que sofrem de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e doenças cardíacas, também atendemos pessoas com problemas de saúde mental, doenças de transmissão sexual, infecções respiratórias e muitos casos de gravidez na adolescência.

1.2 Apresentação e justificativa do projeto de intervenção:

Educação alimentar para pacientes hipertensos: Uma proposta de ação.

Em nossa equipe temos cadastrados 3.254 pacientes e sofrem de hipertensão arterial 954, para um 10,87%. Dos pacientes atendidos na unidade a maioria não sabe ou não conhece o que é hipertensão Arterial, porque é importante fazer o tratamento indicado pelo médico, quais são as possíveis complicações e porque é importante o controle adequado da alimentação. Este projeto foi direcionado para os pacientes hipertensos da área de saúde que sempre chegam à consultas com cifras de pressão arterial elevadas e que a maioria tem outras doenças crônicas associadas e que colocam em risco a vida deles por causas das complicações que podem acontecer, sendo a principal causa de descompensação os hábitos alimentares inadequados. Alguns pacientes também tem associados outros fatores de riscos como obesidade, sedentarismo, a falta de atividade física, o consumo de bebidas alcoólicas e uso de cigarro. A educação alimentar do mundo atual é inadequado e constitui uns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de muitas doenças como a Hipertensão Arterial mesma por isso nos propõe fazer esta proposta de ação educacional para melhorar a qualidade alimentar dos pacientes hipertensos e elevar sua qualidade de vida com a participação e conscientização ativa do próprio doente e promover hábitos de vida saudáveis. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com usuários hipertensos que tenham risco médio de desenvolver eventos cardiovasculares fatais e não fatais cadastrados no programa de atenção as pessoas com hipertensão, usuários da Unidade de Saúde Cedro. Em o estudo apresentamos uma alternativa de abordagem para equipes com dificuldade de realizar o atendimento e acompanhamento dos pacientes portadores de doença crônica que sofrem com a dificuldade de acesso causado pela elevada demanda. Nosso objetivo é de atender, acompanhar e vincular os pacientes aos profissionais de referência da sua área de vigilância, buscando um atendimento de qualidade que auxilie na recuperação da saúde e diminuição da morbimortalidade da população. A metodologia foi através da identificação deste público pela

equipe composta por médicos, enfermeiras e agentes comunitários em suas respectivas áreas, seguindo o cronograma determinado.

2. Atividade : Caso Clínico

Em minha área de saúde eu escolho o caso do senhor Alberto Acosta dos Santos (20/12/1946) de 71 anos de idade, aposentado que trabalho como vendedor de produtos em uma loja. Casado com a senhora Teresinha Andrade de Acosta (13/03/1040) de 77 anos de idade. O casal tem uma filha Pamela Andrade Acosta (12/05/1976) de 41 anos de idade, casada com o senhor José Fernandes Medeiros (21/09/1969) de 48 anos de idade que tem o filho pequeno Emersom Andrade Medeiros (28/10/2011) de 6 anos de idade. Todos moram juntos na mesma casa que é muito pequena, com péssimas condições estruturais, higiênico-sanitárias, também tem muitos problemas econômicos e social, por isso em algumas ocasiões não tem dinheiro para comprar os remédios que o senhor precisa para seu tratamento. Ele e a senhora não tem boas relações de convivência com a filha e esposo dela devido a que agora ele esta desempregado. Eles tem apoio da UBS, CRASS/AAS social da comunidade onde moram.

O senhor (ACS) tem doenças crônicas como Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica, ele consulta no posto porque sempre esta descompensado porque não assume com responsabilidade o tratamento indicado por seu medico da família e como não conta com o apoio familiar, não toma na hora certa os remédios que são muitos e em horários diferentes. Ele consulta uma vez ao ano com o cardiologista e endocrinologista. O paciente tem associados riscos como sedentarismo, falta de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas todos os fim de semana e uma inadequada alimentação para as doenças crônicas que tem. Como tratamento esta em uso de remédios como:

Losartana (50mg) 01 cp de 12/12 horas.

HCTZ (25mg) 01 cp de manhã.

AAS (100mg) 02 cp no almoço.

Metformina (850mg) 01 cp 8/8 horas após café, almoço e janta.

Glibenclamida (5mg) 01 cp 8/8 horas antes de café, almoço e janta.

Omeprazol (20mg) 01 cp em jejum

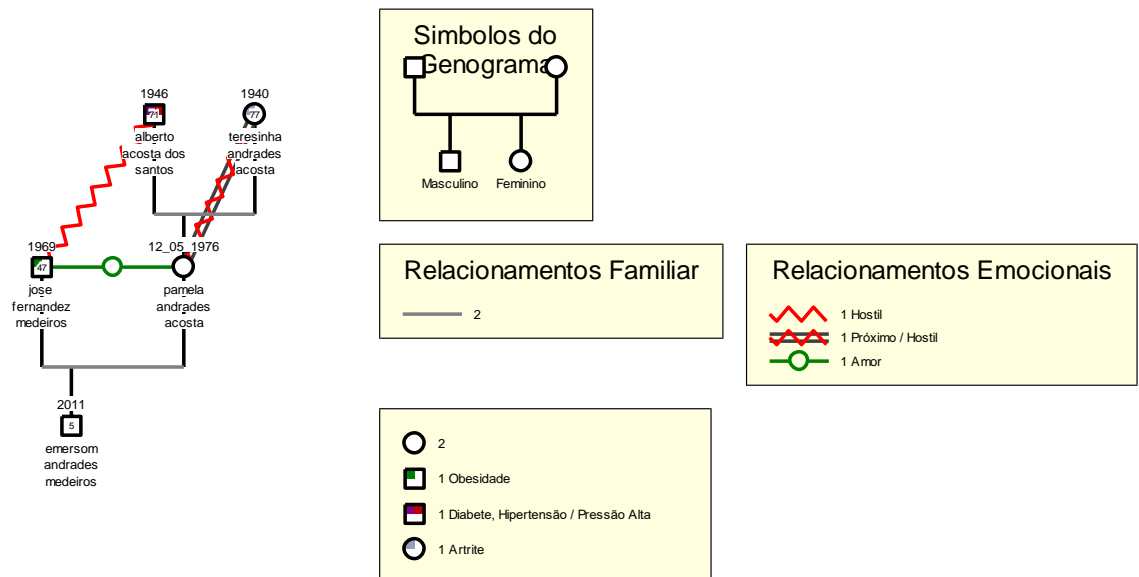
Rivotril (1mg) 01 cp á noite para dormir.

Ainda não precisa do uso da insulina.

A casa em que moram é muito pequena e só tem duas habitações, uma pequena cozinha e um banho, de forma geral a vivenda tem péssimas condições estruturais. A higiene não é muito boa, e o paciente tem dois gatos e uma cachorra que mora dentro da casa e até no quarto dele. A água de consumo é comprada porque eles pegam o água para o banho do rio que tem perto da casa, o lixo é armazenado em sacolas de plástico e coletado duas vezes na semana pelo carro da prefeitura. Sua alimentação é variada, come de todo, mais gosta muito de massa, alimentos fritos, fritura, churrasco, alimentos salgados, doces e refrigerantes, também de café que toma umas 5 xícaras por dia, e os fim de semana consome cervejas junto com a carne do churrasco. Não acostuma fazer atividade física, e só sai da casa para levar o neto à escola

Estamos em presença de uma família mediana, composta de cinco membros, onde o senhor Alberto e sua esposa Teresinha, tem uma filha Pamela que esta casada com senhor José que tem um pequeno filho de seis anos de idade chamado Emersom, o relacionamento do senhor Alberto com sua filha é de conflito por causa que do esposo dela que esta desempregado e não sustenta o hogar. Eles só tem como entrada econômica o dinheiro da aposentadoria do senhor Alberto e do trabalho de Pamela. Por isso a maiorias das vezes o dinheiro não alcança para comprar os alimentos para a família nem os remédios do senhor Alberto por isso em algumas ocações esta descompensado devido à alta ingestão de alimento ruins para a saúde dele e sem tratamento.

GENOGRAMA REPRESENTATIVO DA FAMÍLIA:



Avaliação do caso:

O Paciente Alberto chega ao posto para consulta de controle agendada, depois de cinco meses da última consulta, ele diz que está tomando a medicação da pressão arterial e para a diabetes todos os dias e o Rivotril de noite para dormir. O paciente fala que nos últimos sete dias vem sentindo muita fraqueza, dor no peito, fadiga e em algumas ocasiões falta de ar e palpitações. Ainda não está fazendo nenhuma atividade física. Além disso, fala que está apresentando muitos problemas de memória, diz que esquece onde deixa suas coisas e em algumas ocasiões esqueceu tomar os remédios no horário indicado pelo médico.

Exame Físico

Peso: 65kg (baixou 1kg desde a consulta anterior)

Altura: 163 cm

IMC: 22,3 m²/sc

PA: 130/80 mmHg

Temperatura: 36°C

Glicemia capilar: 112 mg/dl.

CVC; ruídos cardíacos rítmicos, não sopros, BC: 92 bpm

Resp: sem alterações.

Abdômen: sem alterações.

Pulsos periféricos: presentes e normais.

TCS: edemas em membros inferiores.

SNC: sem alterações.

Sendo que o exame físico só tem a presença de edemas e taquicardia, a pressão arterial normal, HGT normal para sua diabetes, peço exames complementar, dou orientações geral sobre a dieta (evitar os alimentos doces, alimentos fritos e salgados) e fazer repouso com as pernas para cima para melhorar a circulação da sangue e agendo uma nova consulta para quando estiver pronto os resultados dos exames para confirmar minha suspeita pela clínica do paciente, de uma cardiopatia hipertensiva.

Após um mês o paciente volta com os mesmos sintomas, mais agora a falta de ar é aos menores esforços, fadiga e dor no peito. No exame físico (positivo) PA: 140/100 mmHg, FC 98 bpm e edemas nos membros inferiores.

Exames

Resultados

Glicemia de jejum----- 115mg/dl

Colesterol Total----- 232mg/dl
Triglicérides----- 190mg/dl
Creatinina----- 0,85mg/dl
Uréia----- 22mg/dl
Acido Úrico----- 4,2mg/dl
Exame de Urina----- Negativo

ECG presença de taquicardia sinusal, hipertrofia do ventrículo esquerdo, transtornos da repolarização ventricular e ondas T negativas sugestivas de processo isquêmico.

Raios X do Tórax PA presença de alongamento da aorta torácica, aumento de volume do área cardíaca a predomínio ventricular esquerdo, não alterações pulmonares, botão aórtico aumentado de tamanho.

O fundo de olho não foi feito porque não temos oftalmologista no município.

Tendo em conta a clínica do paciente e o resultado do ECG e Raios X do Tórax se pode fazer o diagnóstico do paciente de cardiopatia hipertensiva.

Diagnóstico:

- HAS
- Diabetes Mellitus Tipo II
- Cardiopatia hipertensiva
- Hiperlipidemia mista.
- Insônia.

Plano Terapêutico:

Oriento medidas preventivas e educativas para modificar modo e estilo de vida com o objetivo de eliminar ou reduzir os riscos de apresentar algumas complicações associadas às doenças crônicas que o paciente tem.

- Manter o peso corporal.
- Realização de atividade física moderada todos os dias, com seguimento de algum profissional de saúde.
- Manter uma dieta saudável evitando os alimentos fritos e gordurosos, não refrigerantes, eliminar o consumo de bebidas alcoólicas, comer baixo de sal, não açúcar, não carboidratos como massa e arroz.
- Fazer várias refeições em pouca quantidade pelo menos as 6 que corresponde ao dia, e tomar menos café.
- Consumir frutas, vegetais, legumes, sucos naturais sem açúcar.
- Tomar abundantes líquidos pelo menos dois litros de água ao dia e não reter os desejos de urinar.
- Manter a higiene pessoal e principalmente dos pés para evitar as infecções da pele e outras complicações.

Para um bom controle da Cardiopatia hipertensiva e as outras doenças crônicas associadas que o paciente tem, é importante ensinar ao paciente todo o referente a cada doença, como evitar as complicações e a importância do uso correto dos medicamentos indicados pelo médico, assim como fazer controle diário da pressão arterial e glicose.

Oriento:

- Consulta de controle de três em três meses.
- Fazer exames de sangue e urina dois ou três vezes ao ano.
- Avaliação por Oftalmologista, Cardiologista, Endocrinologista e Dentista anual.
- Avaliação pelo Neurologista para descartar alguma doença cerebral degenerativa.

- Revisar os pés e visitar o médico ante qualquer alteração.

Tratamento farmacológico:

- Losartana (50mg) 01 cp de 12/12 horas.
- HCTZ (25mg) 01 cp de manhã.
- AAS (100mg) 02 cp no almoço.
- Metformina (850mg) 01 cp 8/8 horas (após café, almoço e janta).
- Glibenclamida (5mg) 01 cp 8/8 horas (1/2 hora antes de café, almoço e janta).
- Omeprazol (20mg) 01 cp em jejum
- Sinvastatina (20mg) 01 cp de noite
- Furosemida (40mg) 01 cp ao dia
- Isossorbida (5mg) 01 cp SL se dor no peito
- Rivotril (1mg) 01 cp á noite para dormir.

Se falta de ar O₂ a 3 L/ minuto.

Próxima consulta em 15 dias.

Resumo: O paciente volta após 15 dias com PA 120/80 mmHg, glicose 116 mg/dl, FC 85 bpm e melhoria evidente dos sintomas.

Muitos dos sintomas da cardiopatia hipertensiva podem parecer inofensivos à primeira vista porque em algumas ocasiões se podem confundir com quadros respiratórios, quadros de ansiedade e dores musculares. Os sintomas de falta de ar (dispnéia) aos menores esforço, taquicardia, ansiedade, fadiga fácil, em algumas ocasiões dor no peito e presença de

edemas nos membros inferiores são os mais comuns que os pacientes descrevem. Além de ter em conta que os pacientes diabéticos entre suas complicações esta a presença de infarto agudo do miocárdio silentes, é dizer que passam assintomáticos.

A principal causa de cardiopatia hipertensiva como o termino fala é a Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada que provoca um engrossamento do ventrículo esquerdo assim como a rigidez dos vasos sanguíneos, sendo em algumas ocações assintomática e difícil de diagnosticar. Por isso o mais importante para os pacientes com cardiopatia hipertensiva é o controle diário da pressão arterial, fazer o tratamento nos horários indicados, fazer atividade física, evitar o sedentarismo e o aumento de peso, assim como o estresse.

Podem ocorrer outros problemas saúde para o paciente tendo em conta todas as doenças crônicas que ele tem como: por causa de um aumento da pressão arterial pode ter um ACV, desprendimento da retina, Infarto Agudo do miocárdio, diminuição da função renal e aceleração da aterosclerose. Também a Diabetes Mellitus tipo II com as cifras de glicose elevadas pode levar ao paciente à perda gradual da visão, afeta a circulação do sistema arterial, venoso e linfático, provoca dano renal, pode causar disfunção erétil no homem, a neuropatia ou polineuropatia diabética por afeção dos nervos do corpo e a mais temível de todas as úlceras do pé diabético que em algumas ocações é a causa de amputação do membro afetado.

3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.

UBS Cedro; Município Alvorada.

Desde meus começos como estudante de medicina sempre me foi falado a importância de educar à população na prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis, que promoveram modos e estilos de vida mais saudáveis para as pessoas de uma comunidade.

Na prática diária algumas vezes é difícil lograr que nossos objetivos e estratégias possam ser aplicados a uma comunidade, devido às características socioeconômicas e culturais das pessoas que moram ali.

É por isso que nas reuniões de equipe se organiza e coordena o trabalho dos profissionais de nossa unidade tendo em conta as necessidades e condições de saúde da população atendida, possibilitando o acesso aos serviços médicos como primeira porta de entrada ao sistema de saúde. Também cuidamos da continuidade do tratamento e seguimento de suas doenças, um atendimento mais integral, além da coordenação com outros especialistas e entidades que se requeiram no processo de tratamento dos pacientes.

Como médicos de Estratégia em Saúde da Família o primeiro para ser feito na comunidade é o processo de territorialização, ferramenta necessária para o conhecimento das características demográficas da população, com respeito à quantidade de famílias, quantidade de pessoas por idades e sexo, doenças mais frequentes, fatores de risco e situações de vulnerabilidade entre os moradores, além de conhecer todos os centros de apoio com que se conta como CRAS/AAS social, CAPS (AD), CAPS I e II, NASF I e II, etc.

Para a realização de nosso trabalho contamos com o apoio dos agentes comunitários, que realizam as visitas domiciliares programadas aos pacientes acamados e com doenças crônicas, crianças, pessoas idosas e grávidas. Além são responsáveis das palestras nas escolas, centros de trabalho e na recepção do posto de saúde, brindando informações sobre como prevenir e tratar algumas doenças como tuberculose, influenza, dengue, sika, doenças de transmissão sexuais, acidentes de trabalho, etc.

A educação e capacitação da população na promoção e prevenção das doenças de notificação compulsória, doenças crônicas, surtos e agravos epidemiológicos é uma parte importante do trabalho da Unidade de Saúde na comunidade. Desse jeito as pessoas vão ter os conhecimentos necessários para cuidar de sua saúde com responsabilidade com o objetivo de evitar as possíveis complicações que possam acontecer e levem a uma incapacidade temporal ou permanente como sequela de algum processo crônico ou agudo que surja nos pacientes da área de abrangência do posto de saúde.

Nas ações de planejamento realizadas na unidade de saúde destacamos três programas importantes que marcam nosso atendimento como o pré-natal, a puericultura e as doenças de saúde mental.

O pré-natal:

- ❖ Controle e seguimento dos exames indicados por trimestres durante todo o pré-natal.
- ❖ Identificar as gestantes de riscos e oferecer um atendimento diferenciado.
- ❖ Agendamento de consultas periódicas na prevenção de complicações durante a gestação.
- ❖ Fazer uma avaliação das características psicossociais e socioeconômicos da gestante.
- ❖ Agendamento de consultas com ginecologista e clínico geral no controle das doenças crônicas que apresente a grávida.
- ❖ Vigilância e controle das vacinas e imunização contra rubéola, tétano e hepatite B.
- ❖ Orientações gerais na prevenção de baixo peso e parto prematuros, e realização dos testes rápidos na pesquisa de doenças de transmissão sexuais.

- ❖ Coordenação e planificação com o Hospital,o numero de grávidas da unidade de saúde para ser acolhidas o dia do parto ou cesariana.
- ❖ Escrever na carteirinha da gestante o controle e seguimento das consultas.
- ❖ Vincular ao grupo de cuidado da mulher e às crianças.

A puericultura:

- ❖ Promoção do aleitamento materno exclusivo pelo menos até os 6 primeiros meses de vida.
- ❖ Informar a alimentação complementar das crianças com os alimentos que devem ser incorporados por meses.
- ❖ Acompanhamento das crianças e puérperas nas consultas de seguimento e visitas domiciliares programadas.
- ❖ Orientar a importância de fazer o teste do pezinho nos primeiros sete dias de nascido a criança na pesquisa de doenças congênitas.
- ❖ Seguimento e controle nas consultas de puericultura do peso, altura, desenvolvimento psicomotor, dentição, alimentação e vacinas por idade nas crianças.
- ❖ Identificar na comunidade os recém-nascidos de riscos ou em situações de vulnerabilidade.
- ❖ Avaliação psicossocial e socioeconômicos da puérpera e família onde vai morar a nova criança na detecção de fatores de riscos.
- ❖ Garantir o acesso das mães a unidade de saúde para vacinar as crianças de acordo ao esquema de vacinação.
- ❖ Fortalecimento do vínculo familiar com os profissionais da UBS.

- ❖ Planejamento de estratégias relacionadas à prevenção, promoção e educação na saúde da família nos cuidados das crianças e puérperas.
- ❖ Apoiar a comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva nas puérperas e adolescentes para evitar gestação na planificada.
- ❖ Demonstrar para as mães os possíveis sintomas de infecção e desidratação que as crianças possam apresentar e requeiram de um atendimento hospitalar.

Saúde Mental:

- ❖ Formação do grupo de saúde mental na unidade de saúde com o objetivo de aliviar o sofrimento dos pacientes afetados mentalmente.
- ❖ Coordenar a participação dos familiares dos pacientes afetados nas atividades de matriciamento e grupo de saúde mental.
- ❖ Trabalhar com as famílias dos pacientes na modificação ou eliminação dos fatores de riscos presentes no hogar com o objetivo de aliviar ou melhorar os sintomas dos pacientes.
- ❖ Contribuir com a terapia de grupo à promoção do crescimento e desenvolvimento positivo da personalidade dos pacientes afetados tendo em conta as experiências positivas de outras pessoas doentes que participem no grupo.
- ❖ Coordenar o seguimento e tratamento dos pacientes com os psiquiatras do CAPS II ou NASF II, tendo em conta as condições mentais deles, para interferir nos padrões perturbados de comportamento.
- ❖ Educar e capacitar aos membros das famílias dos pacientes nos cuidados, tratamento e conduta a seguir nos casos de que eles ficarem agressivos.

Reflexão:

Em minha unidade de saúde o atendimento médico na atenção pré-natal segue sendo uma dificuldade para os profissionais de saúde que trabalhamos ali. Atendemos uma população enorme com uma ampla demanda dos serviços médicos onde a maioria das vezes eles ficam insatisfeito. Na atualidade a maior quantidade de pacientes grávidas que são atendidas no posto de saúde são adolescentes entre as idades de 13-17 anos ou mulheres de mais de 35 anos, com partos anteriores e doenças crônicas associadas. A maioria das adolescentes ficam grávidas por falta de informação e preparação nos conhecimentos necessários para evitar uma gestação não planejada. Elas desconhecem a importância dos meios de proteção sexual como as pílulas contraceptivas, as injeções que podem ser mensais ou cada três meses e do uso dos preservativos onde estes últimos também protegem das doenças de transmissão sexual, todo isso relacionado ao baixo nível cultural, educacional e socioeconômicos das famílias delas. Além das adolescentes as mulheres com mais idade apresentam quase sempre mais fatores de riscos devido às doenças crônicas que apresentam como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Cardiopatias, Asma e Doenças Endócrinas, da mesma forma que aquelas que consomem bebidas alcoólicas, drogas e cigarros são encaminhadas para o pré-natal de alto risco no Hospital com o objetivo de evitar crianças baixo peso e partos prematuros. Em meu posto o pré-natal é realizado pelo clínico geral porque não contamos com um especialista ginecologistas sendo mais difícil fazer uma avaliação e um exame mais integral das gestantes. O município Alvorada só conta com um hospital que não dá conta para a quantidade de população que possui, onde a maioria das gestantes procuram outros hospitais em Porto Alegre para ganhar seus bebês. Também temos muita dificuldade com a realização dos exames por trimestres e ultra-som fetais, porque entre o autorizo e os resultados obtidos já passou muito tempo, além em ocasiões não temos os reativos para fazer os testes rápidos aos casais na primeira consulta feita pela enfermeira, sendo demorado e tratado o diagnóstico de sífilis na grávida e por consequente temos nascimentos de crianças com sífilis congênita. Mesmo apesar dos problemas e dificuldades para realizar nosso trabalho no atendimento das gestantes na unidade de saúde, um trabalho em equipe com a coordenação, planejamento e aplicação de estratégias de saúde de acordo com nossa realidade possibilita a obtenção de ótimos resultados nos indicadores de saúde do posto, onde não tivemos crianças baixo peso, nem prematuras e só ficamos com duas crianças com sífilis congênita em seguimento nestes momentos. Daí a importância de promover, prevenir e educar à população em modos e estilos de vidas mais saudáveis.

4. Visita Domiciliar/ Atividade no Domicílio.

A visita domiciliar é uma ferramenta importante que facilita o trabalho das equipes de saúde nas comunidades de abrangências. Permite conhecer a realidade de cada família pela qual são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Ajuda na identificação dos problemas de saúde, situações de risco e vulnerabilidade nos pacientes da comunidade. Permite aos profissionais da saúde desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, adotar medidas de promoção e prevenção de doenças, assim como permite ampliar as relações entre os membros das equipes de saúde com as famílias das áreas, na criação de um vínculo de confiança, afeito e respeito. Na UBS Cedro do município Alvorada a visita domiciliar é feita cada 15 dias, sempre na terça-feira de tarde, quando contamos com o carro da Prefeitura, conforme às demandas dos familiares dos pacientes ou pela solicitude dos agentes comunitários ou enfermeiras da unidade. O trabalho no posto de saúde ainda não está bem organizado porque temos pacientes em solicitude de visita domiciliar que não precisam porque já estão curados e recuperados dos problemas de saúde que tinham, outros porque ficam fora do área na casa de um familiar, e os poucos porque já estão mortos. Com o apoio dos agentes comunitários tentamos fazer um novo levantamento dos pacientes acamados, incapacitados fisicamente, com sequela de processos neurológicos ou doenças crônicas que não pudessem caminhar até a unidade, para agendar as visitas domiciliares com mais frequência para eles. O maior problema que estamos apresentando é a falta de material estéril para fazer as curas dos pacientes acamados e que o carro da Prefeitura por meses não aparece dificultando o acesso aos lugares mais longos da comunidade. Nas reuniões de equipe tentamos organizar as visitas domiciliares tendo em conta a distância do posto de saúde e as necessidades dos pacientes, quedando organizado em 4 visitas para aqueles mais perto da UBS e 5 quando ficamos com o carro da Prefeitura para visitar os pacientes mais longos do posto. A visita domiciliar é realizada pela equipe composta pelo técnico de enfermagem, duas agentes comunitárias e o médico, e em algumas ocasiões pode ficar também uma enfermeira. Nas visitas domiciliares aproveitamos a ocasião para fazer uma avaliação completa dos pacientes, tendo em conta o entorno onde mora, as características dos familiares e as condições higiênicas e estruturais da vivenda, além fazemos o teste de HGT e medimos a PA e se faz curativos no caso do paciente precisar, e se orienta aos familiares e cuidadores cumprir com as indicações e orientações médicas. Outros dos grandes problemas que a equipe de saúde está apresentando é falta de transporte para os

profissionais dos NASF que tem que visitar aos pacientes nas casas como os nutricionistas, fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos, etc.

O município Alvorada não conta com os recursos necessários para garantir uma adequada atenção aos pacientes que moram nas suas comunidade, sendo os mais afetados os pacientes com doenças mentais, acamados, deficientes (visuais e auditivos) e os que apresentam doenças crônicas de difícil controle, onde é muito limitado o acesso deles aos serviços de saúde.

Também temos muita dificuldade com o carro das remoções para o traslado dos pacientes descompensados de doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial para o Hospital ou Centros de Pronto Atendimento. Além disso também estão aqueles pacientes que tem ser levados para o laboratório para fazer exames e não conseguem chegar até o lugar porque não contam com o transporte, porque o carro da remoções fica ocupado no traslado de outro paciente que precisa.

Atividade no Domicílio:

Se agenda visita domiciliar para o paciente ACS, de 71 anos de idade, casado, aposentado, com doenças crônicas como Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica, que sempre fica descompensado por não fazer com responsabilidade o tratamento indicado pelo médico, onde debuto com uma cardiopatia hipertensiva, mora na rua Cedro No. 1732 do Bairro Maria Regina da área de abrangência da UBS Cedro.

O dia 24/10/2017 às 1:30 da tarde nos encaminhamos para a casa do senhor ACS com o objetivo de cumprir com a visita domiciliar agendada a solicitude da família, com a equipe composta pelo técnico de enfermagem, a médica e as duas agentes comunitárias responsáveis pelas visitas na casa do senhor ACS.

A nossa chegada fomos acolhidos pela esposa do senhor ACS que já aguardava pela visita domiciliar agendada no posto de saúde, daí fomos levados para o quarto onde ficava deitado o paciente.

Paciente Alvo - ACS, 71 anos, casado, hipertenso e diabético que debuto com uma cardiopatia hipertensiva, casado, aposentado, mora com a esposa, uma filha, um neto e o marido da filha.

Impressão do paciente sobre a sua situação de saúde, expectativas: O senhor ACS tem conhecimentos de seu estado de saúde, ele está consciente que seu maior problema é não fazer os tratamentos prescritos pelo médico no horário indicado, além não conta a tempo completo com o apoio familiar, dificultando para ele o processo de controle e seguimento da PA e glicose no dia.

Queixas do momento: Alega debutar com uma cardiopatia hipertensiva devido ao descontrole da Pressão Arterial e Diabetes Mellitus, além disso relata que apresenta dores na coluna lombo-sacra e nas pernas por ficar o maior tempo deitado na cama.

Exame físico: Pessoa que apresenta bom estado geral, mucosas coradas, HGT 130 mg/dl, PA 120/80 mmHg, FR 18 bpm, FC 88 bpm, à palpação e movimentação da coluna lombar apresenta muito dor, se alimenta bem e faz cocô e xixi normal.

Tratamento atual: Em uso de Losartana (50mg) 01 cp de 12/12 horas, HCTZ (25mg) 01 cp de manhã, AAS (100mg) 02 cp no almoço, Metformina (850mg) 01 cp 8/8 horas após café, almoço e janta, Glibenclamida (5mg) 01 cp 8/8 horas antes de café, almoço e janta, Omeprazol (20mg) 01 cp em jejum, Rivotril (1mg) 01 cp á noite para dormir. Agora é colocado o Paracetamol (500 mg) 01 cp 6/6 horas para aliviar o dor forte.

Família: Devido que o senhor ACS não conta com uma cuidadora, as orientações médicas são para os familiares que ficam a cargo dos cuidados do paciente.

Estrutura familiar: Residem no domicílio

O senhor Alberto Acosta dos Santos, de 71 anos de idade, aposentado que trabalho como vendedor de produtos em uma loja. Casado com a senhora Teresinha Andrade de Acosta, de 77 anos de idade. O casal tem uma filha Pamela Andrade Acosta, de 41 anos de idade, casada com o senhor José Fernandes Medeiros, de 48 anos de idade que tem o filho pequeno Emersom Andrade Medeiros, de 6 anos de idade. Todos moram juntos na mesma

casa que é muito pequena, com péssimas condições estruturais, higiênico-sanitárias, também tem muitos problemas econômicos e social, por isso em algumas ocasiões não tem dinheiro para comprar os remédios que o senhor precisa para seu tratamento. Ele e a senhora não tem boas relações de convivência com a filha e esposo dela devido a que agora ele esta desempregado. Eles tem apoio da UBS onde consegue pegar os remédios na farmácia, e CRASS/AAS social da comunidade onde moram.

Situação de saúde e de vida: A família tem um nível aquisitivo baixo, com muitos problemas econômicos e sociais, onde em ocasiões não tem dinheiro para alimentar-se e comprar os remédios do senhor ACS. O traslado do paciente para os turnos médicos ou consultar com os especialistas é pegando ônibus na parada perto da casa. A família só contam com a entrada de dinheiro da aposentadoria do senhor ACS e do salário da filha, que não é suficiente para todos.

Alimentação: A senhora TAA é a responsável pelo preparo do alimento da família, além do cuidado do neto. O café da manhã é às 8:00h, com uma merenda às 10:00h e o almoço é ao meio dia, outra merenda às 15:00h e a janta é às 19:00h e uma merenda às 22:00h antes de deitar. Desse jeito é que fica o horário de refeições do senhor ACS, que esta relacionado com os remédios que toma. Na dieta é rica em frutas, vegetais e legumes.

Ferramentas sociais envolvidas: Eles recebem ajuda do CRAS/AAS social que fica no bairro, da Igreja Evangélica e da Prefeitura do município.

Domicílio: Casa é de tijolos, piso em cerâmica, contendo 2 quartos, uma sala, um banheiro, e uma pequena cozinha. A casa tem péssimas condições estruturais, e higiênicos-sanitárias, além de apresentar problemas com a coleta inadequada do lixo.

Fontes de prazer do paciente: As atividades que o senhor ACS faz é ficar de tarde no parque perto da casa, falar com os vizinhos, fazer algumas caminhadas e olhar a televisão. E os fim de semanas ficar com a família fazendo um pequeno churrasco tendo em conta as restrições alimentarias que tem por causa de suas doenças crônicas.

Metas: Necessidade de maior apoio familiar na continuidade do tratamento médico. Solicitação de visita domiciliar pela nutricionista e psicóloga do NASF no fortalecimento dos

cuidados e seguimento do paciente. **Prioridade:** controle da Pressão Arterial e cifras de glicose do senhor ACS. **Plano de cuidados:** Continuar com as visitas domiciliares frequentes feitas pelos Agente Comunitários e as visitas médicas programadas mensalmente, para ampliar o vínculo de afeito e confiança entre os profissionais do posto de saúde e o paciente e sua família.

Problemas Crônicos: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo II e Cardiopatia Hipertensiva.

Problemas Agudos: Sacrolombalgia.

A visita domiciliar é importante no acompanhamento dos pacientes na detecção de doenças agudas e crônicas descompensadas na pesquisa das possíveis soluções. Os problemas de saúde do senhor ACS foram resolvidos oportunamente com o apoio dos profissionais do NASF nutricionista, psicólogos e fisioterapeutas, além da ajuda prestada pela assistência social de CRAS/ASS social, assim como o seguimento e controle realizado pelos profissionais do posto de saúde.

5. Reflexão conclusiva.

Desde minha chegada ao país de Brasil foi muito interessante conhecer as costumes e formas de trabalho dos profissionais da saúde nas UBS. Com o trabalho diário no posto saúde conheci um pouco mais a realidade sobre as doenças mais frequentes e forma de viver das pessoas nas comunidades.

O curso de especialização ajudou-me a aperfeiçoar minhas habilidades como médico, saber como aplicar os protocolos de atuação para cada doença, além de como colocar o tratamento adequado para cada paciente. Dos conteúdos do curso eu tive um bom aproveitamento das atividades a desenvolver nos módulos, aprendi muito com as aulas no planejamento de estratégias na prevenção e promoção de doenças e os diferentes níveis de atuação na comunidade de atendimento.

O trabalho em equipe permitiu o seguimento e controle de doenças crônicas como Diabetes, Hipertensão Arterial, Asma e cardiopatias, além de trabalhar na pesquisa de doenças infecciosas como Tuberculose, Dengue, Sika, influenza, etc, nos pacientes da área de abrangência do posto de saúde. Nas reuniões de equipe era organizado o trabalho da semana, assim como a programação das visitas domiciliares para os pacientes acamados e o agendamento das gestantes, crianças e idosos para as consultas de seguimento.

Nos prontuários eletrônicos coletamos as informações das consultas a traves do método SOAP para organizar melhor as inquietudes do dia dos pacientes, tendo em conta a queixa principal e História da doença atual (Subjetivo), Exame físico (Objetivo), Hipóteses diagnósticas (Avaliação) e Conduta (Plano terapêutico).

Nas consultas de puericulturas se tem em conta o desenvolvimento por meses das crianças, avaliamos o peso, altura, perímetro cefálico, dentição, alimentação, vacinas, desenvolvimento neuro-psicomotor e eliminações. Nas consultas do pré-natal se a mulher tem doenças que comprometam sua vida e a vida do feto são encaminhadas para o Hospital no atendimento de alto risco, as outras são atendidas no posto com seguimento em consultas com avaliação do peso, pressão arterial, altura uterina, vacinas, exames e ultra-som trimestral, alimentação e eliminações, assim como a vigilância dos fatores de risco na gestação.

Na sala de espera do posto de saúde os agentes comunitários e enfermeiras fazem palestras sobre as medidas de promoção e prevenção de doenças crônicas, agudas e infecciosas, tratamento e complicações, e falam sobre a importância de assistir às consultas de seguimento para os pacientes idosos, crianças e gestantes.

Os profissionais da UBS trabalhamos com os grupos de saúde mental, hipertensos, diabéticos, gestantes, nutrição e saúde da mulher em estreita vinculação com os profissionais do NASF II, nas visitas domiciliares contamos com o apoio dos membros do CRAS/AAS social e os agentes comunitários no fortalecimento de nosso trabalho na comunidade.

Como forma de melhorar o atendimento das UBS nas áreas de trabalho a Secretaria de Saúde do Município adoto como estratégia a capacitação dos profissionais dos postos, uma vês por semana com temas referentes ao manejo dos protocolos de atuação das doenças a encaminhar para os centros como NASF, CAPS I e II, solicitação de referencias e conta-referencias para os especialistas do Hospital, indicação de exames, como notificar aquelas doenças de notificação compulsórias, como proceder antes surtos e agravos epidemiológicos, assim como o seguimento e controle dos pacientes em consultas com infectologista. Além a equipe de meu posto esta capacitada na notificação e preenchimento de situações como acidentes de trabalho, violência conta as mulheres, crianças e idosos e a aparição de doenças de transmissão sexual e infectocontagiosas.

Com o dia a dia e os conhecimento adquiridos ao longo do tempo, meus colegas de trabalho e eu, ficamos melhor preparados para brindar um atendimento de qualidade à população que mora em nossa comunidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Duncan, Bruce B. Medicina Ambulatorial: Conduta de Atenção Primária Baseada em Evidências/ Bruce B, Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani..[et al]. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

4-BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 28), Volume I Brasília – DF2011.

5-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

7-BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde da Criança; Nutrição Infantil, Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.(Cadernos da Atenção Básica, n 23).

8-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

9-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de baixo risco/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica -1.ed.,2.reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.318 p.:il (Cadernos de Atenção Básica, n.32).

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 192 p.il.- (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

7. Anexo 1: Projeto de Intervenção.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Geisa Ladrón de Guevara Ruíz

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA PACIENTES HIPERTENSOS: UMA
PROPOSTA DE AÇÃO**

**PORTO ALEGRE
2017**

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, poligênica e multifatorial não transmissível definida e sustentada por níveis elevados de pressão arterial (PA), sendo para adultos a seguinte medida PA ≥ 140 mmHg de pressão sistólica e PA ≥ 90 mmHg de pressão diastólica (Costa, 2002). No Brasil como no resto do mundo constitui uma das doenças crônicas mais frequentes na população adulta associada a fatores de risco como idade, sexo, etnia, excesso de peso, obesidade, ingestão elevada de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômico e genéticos; muitos deles modificáveis. Porto Alegre e a comunidade de Alvorada não escapam desta realidade onde a Hipertensão Arterial mesma constitui uma das causas mais frequentes de consulta em todos os níveis de atenção em saúde pública e pelos elevados custos econômicos, sociais e psicológicos que geram seu atendimento e complicações associadas é considerada um grave problema em saúde. A educação alimentar do mundo atual é inadequado e constitui uns dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de muitas doenças como a Hipertensão Arterial mesma por isso nos propõe fazer esta proposta de ação educacional para melhorar a qualidade alimentar dos pacientes hipertensos e elevar sua qualidade de vida com a participação e conscientização ativa do próprio doente e promover hábitos de vida saudáveis. Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com usuários hipertensos que tenham risco médio de desenvolver eventos cardiovasculares fatais e não fatais cadastrados no programa de atenção as pessoas com hipertensão, usuários da Unidade de Saúde Cedro. Em o estudo apresentamos uma alternativa de abordagem para equipes com dificuldade de realizar o atendimento e acompanhamento dos pacientes portadores de doença crônica que sofrem com a dificuldade de acesso causado pela elevada demanda. Nosso objetivo é de atender, acompanhar e vincular os pacientes aos profissionais de referência da sua área de vigilância, buscando um atendimento de qualidade que auxilie na recuperação da saúde e diminuição da morbimortalidade da população.

Palavras – chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de Risco, Educação Alimentar.

SUMARIO

1. Introdução

1.1. Identificação e apresentação do problema.....02

1.2. Justificativa da intervenção.....04

2 Objetivos

2.1. Objetivo geral.....07

2.2. Objetivos específicos07

3. Revisão Bibliográfica.....08

4. Metodologia

4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....11

4.2. Contexto da intervenção.....12

4.3. Estratégias e ações.....12

4.4. Avaliação e monitoramento.....13

5. Resultados Esperados.....	14
6. Cronograma.....	14
7. Referências.....	15
8. Anexo.....	17

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

O município de Alvorada que pertence a mesorregião metropolitana de Porto Alegre, com um total de população estimada de 210.661 pessoas. É um município muito pobre com muitas pessoas desempregadas e um alto índice de violência.

A Unidade de Saúde Cedro fica na parte norte do município. Foi fundada no ano 1998 como uma estratégia da secretaria de saúde para melhorar as condições de saúde das pessoas dessa comunidade. Tem cadastrados um total de 4 500 famílias, para um total 17550 pacientes deles 9755 são mulheres e 7795 são homens. É composta por duas equipes de saúde (compostas por uma medica, uma enfermeira, técnico de enfermagem, e agentes comunitários), e uma equipe de odontologia (composto por uma odontóloga e uma auxiliar de saúde bucal).

A maioria das pessoas que são atendidas são as pessoas idosas que sofrem de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças cardíacas. Na unidade de saúde são atendidas muitas pessoas com pressão arterial descompensada, por isso decidi fazer uma investigação para ter uma idéia dos fatores de risco que estão afetando as pessoas da comunidade.

O corpo humano é um organismo complexo com inter-relação de sistemas, onde a harmonia deste é essencial para o pleno funcionamento de cada tecido. O sistema cardiovascular, composto pelo coração e vasos sanguíneos, apresenta uma função primordial de transportar metabólitos e catabólitos oriundos da atividade celular de cada sistema, proporcionando assim plena atividade fisiológica. A pressão arterial (PA) é determinada fisiologicamente de acordo com diversos fatores intrínsecos e extrínsecos (Weinstock, Dai, Wadden, 1998).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser primária ou secundária. Na hipertensão arterial primária não há uma causa definida, mas geralmente está ligada a predisposição genética, a qual os pacientes relatam histórico familiar de HAS nos parentes mais próximos (pais, irmãos, tios e avôs). Nos casos de hipertensão arterial secundária, é possível determinar a causa desse aumento pressórico podendo esta ser ou não ser tratável. Dentro as causas secundárias de hipertensão arterial destacam-se as nefropatias, o diabetes, a

apneia obstrutiva do sono, os tumores das glândulas suprarrenais e a estenose das artérias renais (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

O diagnóstico da hipertensão arterial é realizado por meio da medida da pressão arterial com aparelhos de coluna de mercúrio, aparelhos automáticos ou aparelhos semi-automáticos, denominados esfigmomanômetro. É caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo para adultos a seguinte medida de PA: ≥ 140 mmHg de pressão sistólica e ≥ 90 mmHg de pressão diastólica (Costa, 2002).

Os principais fatores de risco são: idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão elevada de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos. A probabilidade de um indivíduo apresentar hipertensão arterial ao longo de sua vida é de aproximadamente 90% (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

A HAS é uma doença poligênica e multifatorial, que pode causar lesão nos chamados órgãos-alvo. É considerado um problema de Saúde Pública e apresenta custos elevados, em função das suas complicações; com alta prevalência na população adulta atendida na atenção primária é um fator de risco e uma doença em se associada a padrões alimentares inadequados, diminuição da atividade física e outros hábitos tóxicos. Hoje sabemos que as maiorias das pessoas que morrem de eventos cerebrovasculares e cardiovasculares são hipertensas (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004).

Diante do rápido envelhecimento populacional brasileiro, é importante investigar mais detalhadamente essa questão no país e o município demonstra características semelhantes com o quadro, por isso faz-se necessário medidas intervencionistas (Costa, 2002; Weinstock, Dai, Wadden, 1998).

1.2 Justificativa da intervenção

A relevância da hipertensão arterial sistêmica (HAS) como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não fatais quando a ela estão associados outros fatores de risco tornam muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004; Fields et al., 2004).

Os dados epidemiológicos brasileiros relativos a risco cardiovascular, apesar de já se mostrarem consistentes pela existência de estudos bem delineados e representativos, ainda estão restritos a algumas regiões, o que acaba deixando algumas dúvidas se as informações existentes representam o país como um todo (Feijão et al., 2005).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física (Monteiro, Conde, 1999).

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HAS, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos tornando ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência. (Coitinho et al., 1991; Teodósio et al., 2004).

O objetivo da prevenção e tratamento da hipertensão é reduzir a morbimortalidade cardiovascular por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução/controla da doença.

O tratamento não medicamentoso, que compreende mudanças no estilo de vida, como controle de peso, redução da ingestão de sódio e gorduras, maior ingestão de fibras, vitaminas e minerais, incluindo o potássio, redução do consumo de bebidas alcoólicas e café, prática de atividade física regular e abandono do tabagismo, são recomendados em todos os estágios da doença, associado ou não ao tratamento medicamentoso. O atendimento nutricional visa identificar hábitos alimentares inadequados e incorporar hábitos saudáveis e permanentes (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010; World Health Organization, 1997).

O município Alvorada conta com um total de população 210661 habitantes, deles 120441 são mulheres e 90220 são homens, destes 4.258 são hipertensos para um total de 11,79% da população. Desta forma é considerada a HAS como um problema de saúde pública. A Unidade de Saúde Cedro fica na parte norte do município tem um total de 4.500 famílias, sendo cadastrados no posto de saúde 17550 pacientes, deles 9755 são mulheres e 7795 são homens. Em nossa equipe temos cadastrados 3.254 pacientes e desses 954 sofrem de hipertensão para um 10,87%. Assim, considera-se imprescindível uma atuação ativa mediante um projeto de intervenção para melhorar os inadequados hábitos alimentares dos pacientes hipertensos para reduzir a descontrola da doença e suas complicações.





2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Combater os inadequados hábitos alimentares dos pacientes hipertensos na área de abrangência da equipe azul da Unidade de Saúde Cedro, Município de Alvorada.

2.2. Específicos

- Construir um plano de ação para o combate dos inadequados hábitos alimentares dos pacientes hipertensos;
- Orientar os profissionais da unidade de saúde e os pacientes por meio de educação continuada sobre os fatores de riscos, complicações da doença e importância do tratamento não medicamentoso da hipertensão.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no mundo mais de 900 milhões de pessoas cuja pressão arterial encontra-se acima do que é agora considerado normal (Whelton et al., 1998; Altorf et al., 2010).

A prevalência mundial estimada é da ordem de um bilhão de indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos que ocorrem por ano podem ser atribuídos à hipertensão arterial. Cerca de 50 milhões de norte-americanos possuem hipertensão arterial. Destes, em torno de 70% têm conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% têm seus níveis pressóricos controlados de acordo com as diretrizes atuais (Burt et al., 1995; Hajjar, Kotchen, 2003).

No Brasil, os estudos que analisam a prevalência da hipertensão arterial são poucos e não representativos. Entretanto, estudos isolados em regiões diferentes do país apontam para uma prevalência estimada da hipertensão arterial na ordem de 22 a 44% da população (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004).

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, aumentando o risco de desenvolvimento de insuficiência coronária, insuficiência cardíaca, hipertrofia do ventrículo esquerdo, acidente vascular cerebral e insuficiência renal crônica (Myers, Champagne, 2007; Burt et al., 1995). Os dados epidemiológicos brasileiros relativos a risco cardiovascular, apesar de já se mostrarem consistentes pela existência de estudos bem delineados e representativos, ainda estão restritos a algumas regiões, o que acaba deixando algumas dúvidas se as informações existentes representam o país como um todo (Feijão et al., 2005).

A hipertensão arterial atinge 23,3% dos brasileiros, segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde. A proporção de brasileiros diagnosticados com hipertensão arterial, de acordo com o levantamento, aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Em relação ao ano passado, no entanto, o levantamento aponta recuo de 1,1 pontos percentual. Em 2009, a proporção foi de 24,4% (Wilson, 1994).

De acordo com a pesquisa, o diagnóstico de hipertensão é maior em mulheres - 25,5% - do que em homens - 20,7%. Nos dois sexos, no entanto, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 8% dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (Vasan et al., 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, "o aumento da prevalência se deve ao maior acesso da população ao diagnóstico na atenção primária de saúde e as mulheres procurarem mais o

diagnóstico na atenção básica, daí uma prevalência mais significativa entre elas" (Levy et al., 1996).

A associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico é mais evidente na população feminina: enquanto 34,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade apresentam diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição é observada em apenas 13,5% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (Weinstock, Dai, Wadden, 1998).

“Os dados também mostram que o índice cresce em quem tem escolaridade menor. Então dizer que hipertensão é doença da classe média alta é um mito”, disse o ministro da Saúde (Teodósio et al., 2004).

Entre as capitais, Palmas tem o menor percentual de adultos com diagnóstico de hipertensão, com 13,8%. O Rio de Janeiro tem o maior percentual - 29,2%. Entre os homens, as maiores frequências de hipertensão ocorrem no Distrito Federal (28,8%), Belo Horizonte (25,1%), e Recife (23,6%); e as menores, em Palmas (14,3%), Boa Vista (14,6%) e Manaus (15,3%) (Mion, Gomes, Fernando, 2004).

Entre mulheres, os maiores percentuais foram no Rio de Janeiro (33,9%), Porto Alegre (29,5%) e João Pessoa (28,7%); e os menores, em Palmas (13,2%), Belém (17,4%) e Distrito Federal (18,1%) (Nealet al., 2000).

Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro (Coitinho et al., 1991; Monteiro, Conde, 1999).

4. METODOLOGIA

1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolverá pacientes cadastrados como hipertensos da equipe da Unidade de Saúde UBS Cedro localizada no Município de Alvorada.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira e agentes de saúde.

2. Contexto da intervenção

Durante as consultas na Unidade de Saúde da Família UBS Cedro, Município de Alvorada, há um número expressivo de pacientes que comparecem às consultas por hipertensão arterial descompensada e entre as principais causas de descompensação que nos chamou a atenção foram os hábitos alimentares inadequados.

Os pacientes não realizam acompanhamento adequado e conseqüentemente a dieta não está correta.

Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos, unanimemente concordaram com seu desconhecimento sobre alguns aspectos relacionados.

As ações dirigidas ao indivíduo usuários hipertensas serão na própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões) local destinado para grupo de hipertensos.

3. Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população com hipertensão arterial e hábitos alimentares inadequados, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será realizada por meio de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, só entrevista.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados por micro áreas para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da tensão arterial e avaliação da dieta.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões quinzenais, na unidade de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à dieta e só formas variadas, de acordo com o profissional selecionado para a data.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento e explanação do projeto. 	Equipe de Saúde
2º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação, manejo adequado da dieta e orientações médicas. 	Médica
3º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentação saudável 	Médica
4º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas para controlar a pressão arterial. 	Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Como evitar as principais complicações da HAS. 	Enfermeira
6º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Importância da dieta para o controle da HAS. 	Médica
7º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão analítica e global do projeto; • Aplicação do questionário; • Confraternização. 	Equipe de Saúde

4. Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões quinzenais que serão realizadas com toda a equipe de saúde, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

A aplicação de questionário (Anexo) possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do Grupo alcançarão a percepção dos riscos que a dieta inadequada traz a eles e conseqüentemente as complicações que se podem prevenir.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Setem	Outub	Novem	Dezem	Janeiro	Febreiro
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto				X	X	
Análise dos resultados						X
Divulgação dos resultados						X

7. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol* 2010; 95(supl1): 1-51.
2. Costa AR. Tratamento da hipertensão arterial sistêmica: prevenção de acidente vascular cerebral e insuficiência coronariana. In: Barreto ACP, Santello JL. Manual de hipertensão – Entre a evidência e a prática clínica. São Paulo, Lemos Editorial; 2002. p. 149-68.
3. Weinstock RS, Dai H, Wadden T. Diet and exercise in the treatment of obesity. Effects of three interventions on insulin resistance. *ArchInt Med*. 1998 158: 2477- 83.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *ArqBrasCardiol*. 2004; (supl.4):1-40.
5. Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella E, Sorlie P. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. A Rising Tide. *Hypertension*. 2004; 44: 398-404.
6. Feijão AMM, Gadelha RV, Bezerra AA, Oliveira AM, Silva MSS, Lima JWO. Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população de baixa renda. *ArqBrasCardiol*. 2005; 84(1): 29-33.
7. Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1991.
8. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. *ArqBrasEndocrinolMetab*. 1999; 43(3):186-94.
9. Teodósio MR, Freitas CLC, Santos NRV, Oliveira ECM. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – Brasil. *RevAssocMed Bras*. 2004; 50(2): 158-62.
10. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB; for the TONE Collaborative Research Group. Sodium Reduction and Weight Loss in

the Treatment of Hypertension in Older Persons. A Randomized Controlled Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). *JAMA*. 1998; 279:839-46.

11. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: Report; 1997.

12. Altorf W, Kuil VD, Engberink MF, Brink EJ, Baak MAV, Bakker SJL, et al. Dietary protein and blood pressure: a systematic review. *PLoS ONE* 2010,5(8): e 12-102.

13. Myers MH, Champagne CM. Nutritional effects on blood pressure. *Curr Opin Lipidol*. 2007; 18:20-24.

14. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995;25(3):305-13.

15. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA*. 2003;290(2):199-206.

16. Mion D Jr, Gomes MA, Fernando N e col. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2004;82(supl 4):1-14.17.

17. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002;287(8):1003-10.

18. Wilson PW. Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study. *Am J Hypertens*. 1994;7(7 Pt 2):7S-12S.

19. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. The progression from hypertension to congestive heart failure. *JAMA*. 1996;275(20):1557-62.

20. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Blood pressure lowering treatment trialists' collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed. *Lancet*. 2000;356(9246):1955-64.

8. ANEXO

Questionário de avaliação do Projeto de Intervenção

1- Você gostou de participar do Projeto?

() sim () não

2- Qual era a dieta que você fazia antes de participar do Grupo?

3- O projeto ajudou você entender sobre a sua doença e o uso correto da dieta?

() sim () não

4-Em sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto? E os negativos?

5- As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você? Qual?

6 - Você conseguiu, com as orientações do seu médico, fazer uma dieta adequada?

() sim () não

7- Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades?
Quais?