



ANDRÉ SASSO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PSICOEDUCAÇÃO COMO
FERRAMENTA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

PORTO ALEGRE – RS

2018



ANDRÉ SASSO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PSICOEDUCAÇÃO COMO
FERRAMENTA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

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: Lucas Mello Pioner

PORTO ALEGRE – RS

2018

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, desafiando a saúde por sua ampla complexidade e atingindo milhares de pessoas. Sendo assim este estudo tem por objetivo abordar a psicoeducação como forma de prevenção e promoção da saúde por meio do suporte do profissional da saúde que é essencial para a melhoria da qualidade de vida. Os casos clínicos expostos permitem acompanhar através do conjunto de ações desenvolvidas por uma estratégia de saúde da família, a fim de experienciar a complexidade de intervir no meio social e ser resolutivo em pequenas ações ou mudanças que acarretem na qualidade de vida de uma família. O curso de especialização em saúde da família proporciona um amplo conteúdo didático, dinâmico e participativo, garantindo uma vivência intensa através da atuação diária como membro de uma unidade de saúde, reconhecendo territórios e batalhando para o direito de livre acesso ao Sistema Único de Saúde. A partir dos casos vivenciados e pela integração com a equipe de saúde, conseqüentemente há formação e fortalecimento de vínculos, criando um ambiente em que todos buscam por resolução e troca de experiência, discussão de casos em equipe, troca de conhecimento multidisciplinar, possibilitando estabelecer compromissos com a equipe e formular estratégias em conjunto para melhor realizar as funções necessárias para um bom atendimento aos usuários da unidade básica de saúde.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, , Qualidade de vida, Promoção da Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	10
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	17
4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICILIO	20
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	23
REFERÊNCIAS	25
ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO	26

1. INTRODUÇÃO

Me chamo André Sasso, brasileiro, nascido em Morro Grande cidade localizada no sul de Santa Catarina (SC), solteiro (união estável até o momento), não tenho filhos. Graduado no curso de medicina no exterior (Santa Cruz de La Sierra-Bolívia), na Universidade de Aquino – UDABOL, terminando a graduação como médico clínico geral no ano de 2016 após 07 anos entre o curso e a regularização de documentos.

No mesmo ano em que finalizei o curso (2016), tive a oportunidade de inscrição no Programa Mais Médicos, sendo classificado na primeira chamada, e assim alocado na cidade de Santo Antônio da Patrulha – RS, para atuar na ESF Menino Deus.

Até o momento atuo como Clínico Geral, iniciando pós-graduação em Cardiologia pela IBCMED e com pretensão de conclusão no Programa Mais Médicos para poder adquirir experiência e finalizar a pós-graduação em Saúde da Família.

1.1. Características da cidade de Santo Antônio da Patrulha

Santo Antônio da Patrulha é uma das quatro primeiras cidades fundadas no estado do Rio Grande do Sul. Sua colonização é basicamente de origem açoriana, mas com o decorrer do tempo passou a ser ocupado também por italianos, alemães e poloneses. Em 1760 foi elevado a condição de Freguesia, em 1809 passou a ser denominado Vila, e somente em 03 de abril de 1811 é que foi denominado Município de Santo Antônio da Patrulha. A cidade recebeu esse nome em função das patrulhas instaladas em seu território, que tinham por objetivo a cobrança de impostos para a Coroa. Rio Grande, Rio Pardo e Porto Alegre receberam essa mesma condição formando assim os quatro municípios mais antigos do Rio Grande do Sul.

A cidade de Santo Antônio da Patrulha possui uma área territorial de 1.069,3 km², limita-se ao norte com Rolante e Riozinho, ao sul com Viamão e Capivari do Sul, a leste com Osório e Caraá e, a oeste com Taquara e Glorinha. É um município que conta com as águas do rio dos Sinos e da lagoa dos Barros. Localiza-se distante 73 km da capital Porto Alegre, e tem ligação com a mesma através da BR-290 e da RS-030. Santo Antônio da patrulha possui uma população de 39685 habitantes pelo senso de 2010, onde 28114 (70,84%) desses habitantes encontram-se nas áreas urbanas da cidade e 11571 (29,16%) situam-se na área rural da mesma. Na análise

populacional nota-se uma população predominantemente adulta (18-59 anos), onde há um equilíbrio da população masculina e feminina nesta faixa etária.

Em relação as atividades econômicas e organização social, no ano de 2015 existiam 1652 empresas registradas no município, sendo que destas apenas 1615 estavam em atuação (IBGE, 2010). A indústria metalomecânica é um forte setor de produção e geração de empregos no município, o setor alicerçou-se no mesmo através da Masal, da IMAP, posteriormente a Argos e recentemente com a Magno Cosma. Estas empresas possibilitaram a criação de inúmeros empregos diretos e indiretos, e asseguraram uma expressiva quantia na arrecadação de ICMS do município.

Outro setor que se destaca é o setor alimentício, a produção de produtos naturais como a rapadura e o melado impulsionaram esse importante setor com a criação de inúmeras empresas, que hoje exportam seus produtos que são consumidos não somente no Rio Grande do Sul mais também em outros estados brasileiros. A produção de cachaça e derivados também alcançou índices positivos, gerando um produto de alta qualidade que é apreciado em vários mercados nacionais e internacionais. A produção de calçados também se destaca no município, no setor podemos destacar a empresa Piccadilly Calçadista que tem se desenvolvido muito nos últimos anos e gerado inúmeros empregos diretos e indiretos na cidade. Na agricultura, a orizicultura é o produto de lavoura temporária com maior número de hectares plantados, sua produção é extensiva e com alta tecnologia, sendo responsável por uma significativa parcela na geração de ICMS do município.

O setor de beneficiamento de arroz também tem grande representatividade no município, onde podemos destacar a Cooperja, Arrozagro, Cerealista Gomes e de Mello. Outra produção de lavoura temporária que se destaca no município é o cultivo da cana-de-açúcar para produção de rapadura, melado, cachaça e derivados. Já na produção de lavoura permanente destacam-se as plantações de banana e laranja. Na pecuária, a criação de bovinos se destaca devido a condições climáticas favoráveis, existe também o incentivo a criação de pequenos animais como ovinos, caprinos e suínos.

A gestão municipal (2017-2020) da cidade de Santo Antônio da Patrulha tem como Prefeito Daiçom Maciel da Silva e como Vice-Prefeito José Francisco Ferreira da Luz (Zezo). A Prefeitura Municipal conta hoje com os seguintes conselhos administrativos: Secretaria Municipal da Administração e Finanças (SEMAF),

Secretaria Municipal da Agricultura e Meio Ambiente (SEMAM) Secretaria Municipal do Trabalho e Desenvolvimento Social (SMTDS), Secretaria Municipal da Cultura, Turismo e Esportes (SECTE), Secretaria Municipal da Educação (SEMED), Secretaria Municipal das Obras, Trânsito e Segurança (SEMOT), Secretaria Municipal da Saúde (SEMSA), Secretaria Geral de Governo - Planejamento e Gestão (SEGPG).

O município conta também com grupos sociais organizados, como as Associações de Moradores de Bairros, Grupos de Terceira Idade, Clubes Sociais, Associação Comercial e Industrial, abrigo para crianças e adolescentes, sindicatos e conselhos municipais.

A Rede de Atendimento em Assistência Social é formada pela Casa da Criança, Liga Feminina de Combate ao Câncer, Asilo Oscar Vargas, Asilo Luzia Catarina, APAE, Clube de Mães, Lyons, Rotary, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Pastoral da Criança, Sociedade Assistencial Pio X.

1.2. Estabelecimentos públicos de saúde

A estrutura física da Secretaria Municipal da Saúde no momento é composta de 10 Unidades de Saúde, sendo dessas 07 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade de Vigilância e Promoção da Saúde, 01 Unidade Especializada de Saúde (Policlínica Municipal) e 01 Unidade de Centro de Atenção Psicossocial -CAPS I.

Das Unidades Básicas de Saúde 04 estão localizadas na zona urbana, nos bairros: Centro, Várzea, Menino Deus e Bom Princípio, 03 estão localizadas na zona rural, nas localidades: Miraguaia, Agasa (Ilha) e Vila Palmeira. As Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualmente com 54 micro áreas, estão assim divididas:

- UBS Central: EACS Central e ESF Madre Teresa
- UBS Várzea: ESF Várzea I e ESF Várzea II
- UBS Menino Deus: ESF Menino Deus
- UBS Bom Princípio: ESF Bom Princípio
- UBS Miraguaia: ESF Miraguaia
- UBS Agasa: ESF Agasa
- UBS Vila Palmeira: ESF Vila Palmeira

No município, a população usuária do SUS conta ainda com atendimento no hospital local e com os serviços do SAMU. O hospital da cidade conta hoje com 82 leitos, atualmente administrada pela Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, tem contrato com o município para o atendimento de urgência/emergência e dispõe para estes serviços de 01 médico pediatra e 02 médicos clínico geral que atendem 24 horas por dia todos os dias na semana. Os demais serviços oferecidos no hospital, como exames, internações, cirurgias e outros atendimentos de média e alta complexidade estão em fase de contratação pelo estado, uma vez que foi autuado pela Vigilância Sanitária ainda em 2015 por irregularidades encontradas no Centro Cirúrgico e Obstétrico. O Município vem efetuando as reformas e ampliações necessárias para obter a liberação do Alvará Sanitário e, assim poder firmar contrato junto a Secretaria Estadual de Saúde. O hospital é centro de referência para a região litoral norte nos serviços de oftalmologia e psiquiatria.

1.3. Características da Unidade Básica de Saúde Menino Deus

A Unidade de Saúde Menino Deus (UBS) onde atuo desde o dia 28/11/2016 se localiza no Bairro Menino Deus, mais precisamente na Rua Adelaide Peixoto Monteiro, número 261. A equipe atuante na unidade é composta por 01 Médico, 01 Enfermeira, 01 Recepcionista, 02 Auxiliar/Técnico de Enfermagem, 01 Auxiliar de Serviços Gerais, 01 Auxiliar de Farmácia, 09 Agentes Comunitárias de Saúde, 01 Cirurgiã-Dentista, 01 Auxiliar/Técnico de Saúde Bucal e como equipe de apoio contamos com 01 Nutricionista e 01 Psicóloga.

Essa unidade está adaptada para a realização da Estratégia de Saúde da Família e sua área de abrangência é composta por 07 bairros que são: Menino Deus, Pitangueiras, Barro Vermelho, Aldeia Velha, São José 1, Elite e Esquina dos Morros.

O território desta Unidade Básica de Saúde é composto por 09 microáreas, dentre essas 02 áreas são consideradas de alto risco (local com muita carência de saneamento básico como a falta de água potável, esgoto a céu aberto, lixo nas ruas, ruas de chão batido entre outros problemas socioeconômicos enfrentados por essa população). Nos 7 bairros abrangentes podemos localizar, 04 escolas, 01 escola de educação infantil, 02 casas de repouso, 04 igrejas católicas, 06 igrejas adventistas, 3 igrejas evangélicas e 01 associação comunitária. O total de pessoas cadastradas nas 09 microáreas abrangentes pela ESF Menino Deus é de 3318 pessoas, moradores de

áreas urbana e rural, dentre esses 2096 tem idade maior-igual a 15 anos e 1222 tem idade menores de 15 anos, segundo último levantamento fornecido pelo SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica).

Entre a população cadastrada nessas microáreas as doenças que mais prevalecem são: Hipertensão arterial sistêmica (324 portadores), Diabetes (122 portadores), obesidade, transtornos de ansiedade, depressão, infecções respiratórias, DPOCs entre outras.

Pelo fato de existir um grande grupo de pacientes hipertensos na UBS, decidi investir meu projeto de intervenção encima da prevenção dessa doença, pois além de ser a doença mais prevalente na unidade de saúde que atuo, é uma patologia que traz muitas complicações nestes pacientes e nos pacientes assintomáticos, pois como sabemos essa é uma doença silenciosa e que muitas vezes o paciente quando a descobre já apresenta indícios de complicações em órgãos alvos.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

História Clínica do paciente: Paciente: M.S.O, 36 anos de idade, sexo feminino, casada, possui 4 filhos – M: 1 F: 3. Estudou até completar o ensino fundamental. Residente na cidade de Santo Antônio da Patrulha (RS), bairro: Menino Deus. Profissão: Dona de casa.

2.1. Primeira Consulta Médica

Anamnese: Paciente comparece a Unidade de Saúde Menino Deus no período da manhã do dia 10/03/2017, encontra-se agitada, alegando estar com muita dor de cabeça (nuca) acompanhado de mal-estar geral e que esses sintomas iniciaram com episódios esporádicos de dor na cabeça nos últimos dois meses e que melhorava um pouco com uso de paracetamol e/ou dipirona. Relata que nessa última semana as dores e mal-estar são quase diários e sem melhora com uso de dipirona, com presença de inchaços nos tornozelos esporadicamente e urinando com menor frequência, motivos pelo qual veio a consulta médica. Está a mais ou menos cinco anos sem realizar consulta médica e exames de laboratório e/ou imagem nesse período. Não costuma realizar atividades físicas (alega dor nos joelhos) e sua alimentação é composta principalmente por arroz, feijão e carne, sem nenhum tipo de verdura complementar. Afirma que a única medicação que faz uso é o anticoncepcional oral há mais ou menos 15 anos, e nunca fez uso de medicamentos para problemas psíquicos e/ou doenças de base como, diabete ou hipertensão até o momento. Seu pai morreu de problemas cardíacos aos 60 anos e sua mãe morreu aos 62 anos de idade e era hipertensa e diabética não insulino dependente de longa data. Relata estar em um casamento complicado com muitas brigas e que seu marido é asmático e fumante crônico com diagnóstico de DPOC, possuem 3 filhas e 1 filho, entre eles uma filha falecida há 10 anos, vítima de acidente de trânsito.

Exame Físico:

Pressão Arterial	Temperatura Axilar	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória
-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--

160/110 mmHg (02 medidas)	36,8 °C	75 bpm	18 rpm
------------------------------------	---------	--------	--------

Peso	Altura	IMC	Circunferência Abdominal
94 kg	1,71 cm	32,1 (obesidade 1º G)	102 cm

Paciente se encontra em bom estado geral, consciente e orientada em tempo e espaço sem sinais de déficit motor. Pele e mucosas coradas, sem sinais de desidratação. Cabeça e pescoço sem sinais de alterações na inspeção, palpação e ausculta. Tórax: sem sinais de alterações na inspeção e palpação anterior e posterior. Ausculta cardíaca com ruídos cardíacos rítmicos normais e sem presença de sopros. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares normais em ambos os campos pulmonares sem ruídos agregados. Abdome: sem sinais de alteração a inspeção, ausculta com ruídos hidroaéreos positivos, sem dor, presença de massa ou aumento de órgão a palpação e percussão em ambos campos abdominais anteriores e posteriores. Membros superiores: sem sinais de lesões na inspeção e membros inferiores com leve edema em ambos os tornozelos.

Hipótese diagnóstica: hipertensão arterial sistêmica / obesidade.

Após longa conversa com paciente explicando o provável motivo de seus sintomas, argumentando sobre os sinais sugestivos de problemas relacionado a pressão arterial, chegamos num acordo sobre iniciar com medida terapêutica o uso combinado de medicamento e medidas comportamentais.

Conduta: intervenção medicamentosa para controle da pressão arterial sistêmica.

- Losartana 50 mg, 01 comprimido de 12/12 horas, uso contínuo.
- Hidroclorotiazida 25mg, 01 comprimido pela manhã, uso contínuo.

Indico a alteração de hábitos alimentares; diminuindo a ingesta de sal e alimentos gordurosos e acrescentar alimentos mais saudáveis acompanhado de

verduras, legumes e frutas. Importante a participação e ajuda dos familiares tanto na parte psicológica como no acompanhamento conjunto na alteração dos hábitos alimentares para uma melhor aderência da paciente em seu tratamento bem como para a alimentação saudável sobre toda a família. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) o elevado consumo de sódio corrobora para o aumento de peso em toda a faixa etária e favorece o surgimento de quadros de hipertensão arterial sistêmica.

Oriento também sobre a importância da atividade física regular, para obter melhor resultado em seu tratamento, realizando a atividade que mais o satisfaz ou a que sua condição o proporciona (caminhadas, natação, danças). Segundo a Revista Brasileira de Medicina do Esporte (RBME), a prescrição do exercício físico ao hipertenso obedece aos princípios gerais de intensidade, frequência e duração, sempre respeitando o princípio da individualidade.

Solicito exames laboratoriais complementares para melhor avaliar a situação da paciente: hemograma completo, colesterol e frações, triglicerídeos, glicemia jejum, ureia, creatinina, TGO, TGP.

- Retornar em uma semana com os exames solicitados, realizando controle da pressão diariamente para melhor ajustar sua medicação se necessário.

2.2. Segunda Consulta Medica:

Paciente retorna seis dias após primeira consulta. Encontra-se em bom estado geral, alegando estar bem melhor que a semana anterior, alegando não sentir mais as dores que vinha sentindo antes, não apresentando mais inchaço nos tornozelos, voltou a urinar com frequência mais adequada e sem queixas.

Pressão Arterial	Temperatura Axilar	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória
130/85 mmHg (02 medidas)	36,5 °C	80 bpm	18 rpm

Peso	Altura	IMC	Circunferência Abdominal
94 kg	1,71 cm	32,1 (obesidade 1° G)	102 cm

Paciente traz exames laboratoriais solicitados anteriormente com resultados: Hemograma completo, glicemia, HDL, triglicerídeos, ureia, creatinina, TGO, TGP com valores normais. Colesterol total: 280 mg/dl, LDL 210 mg/dl. Alega ter iniciado as alterações em seus hábitos alimentares e iniciando com leves caminhadas diárias.

Conduta: Indico que continue fazendo o uso contínuo das medicações prescritas na primeira consulta com acréscimo da Sinvastatina 20 mg, 01 comprimido a noite contínuo para ajudar a diminuir o LDL. Segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, a redução do LDL por inibidores da hidroximetilglutaril coenzima redutase ou estatina permanece sendo a terapia mais válida para a redução do LDL.

Reforço neste momento a importância da continuação do uso de alimentos saudáveis acompanhada do exercício físico que melhor a satisfaz. Solicito retornar em um mês para dar continuidade em seu controle da pressão arterial e melhor avaliar seus sintomas, dados vitais e exame físico.

2.3. Terceira Consulta Médica:

Paciente retorna 35 dias após primeira consulta, se encontra em bom estado geral, referindo estar tudo bem, negando ter sentido mais os sintomas anteriores.

Pressão Arterial	Temperatura Axilar	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória
130/80 mmHg (02 medidas)	37,0 °C	77 bpm	17 rpm

Peso	Altura	IMC	Circunferência Abdominal
93 kg	1,71 cm	31,8 (obesidade 1º G)	101 cm

Paciente relata consulta com a nutricionista da unidade de saúde, após segunda consulta médica e que está se alimentando conforme indicação da mesma, e para complementar está realizando atividade física diariamente (caminhadas).

Conduta: indico continuar a conduta medicamentosa como prescrito em sua primeira consulta médica e continuar com as condutas alimentares conforme orientado por sua nutricionista e também continuar com a atividade física diária, se possível sem forçar muito no começo para não ocasionar lesões por esforço.

2.4. Quarta Consulta por Intermédio de Visita Domiciliar:

Paciente retorna 60 dias depois da primeira consulta, se encontra em bom estado geral, alegando estar tudo controlado e nunca mais sentiu as dores e mal-estar que havia sentido na primeira consulta.

Pressão Arterial	Temperatura Axilar	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória
120/80 mmHg (02 medidas)	36,5 °C	70 bpm	17 rpm

Peso	Altura	IMC	Circunferência Abdominal
92 kg	1,71 cm	31,4 (obesidade 1º G)	101 cm

Em diálogo, paciente alega estar continuando a dieta prescrita pela nutricionista e está realizando atividade física diariamente (caminhadas).

Conduta: indico continuar a conduta medicamentosa e manter condutas alimentares conforme orientado por nutricionista, além de continuar com a atividade física diária se possível sem forçar muito no começo para não ocasionar lesões por esforço.

2.5. Quinta Consulta Medica:

Paciente retorna seis meses após primeira consulta, encontrando se com bom estado geral, alegando estar tudo controlado e nunca mais sentiu as dores e mal-estar que havia sentido na primeira consulta. Relata que sua pressão começou a baixar no último mês e que há 30 dias está usando 01 comprimido de losartana ao dia e 01 comprimido de hidroclorotiazida. Afirma estar seguindo a dieta prescrita pela nutricionista e está realizando atividade física diariamente (caminhadas).

Pressão Arterial	Temperatura Axilar	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória
120/80 mmHg (02 medidas)	36,7 °C	74 bpm	18 rpm

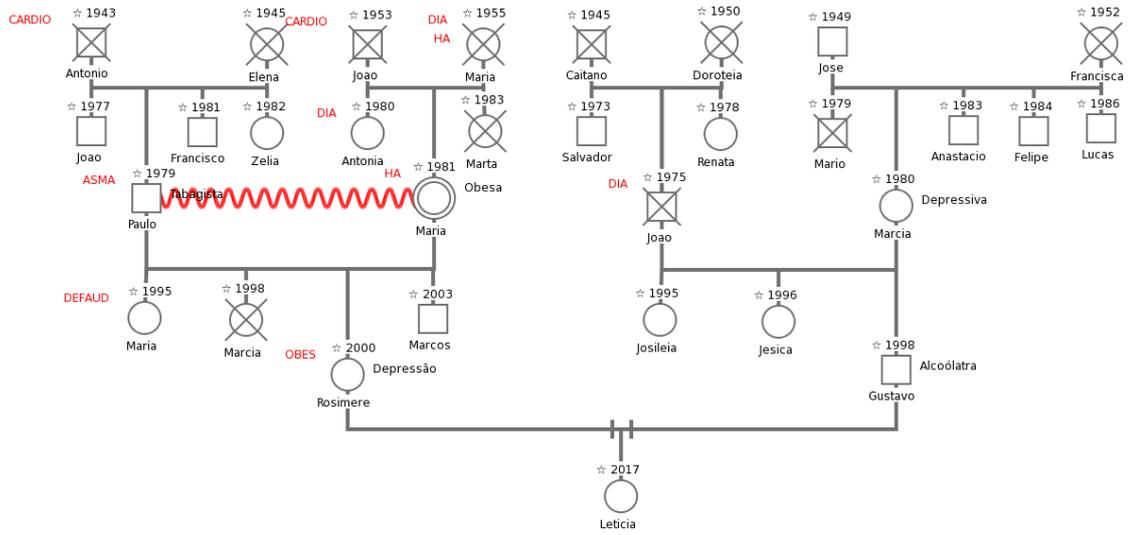
Peso	Altura	IMC	Circunferência Abdominal
87 kg	1,71 cm	29,7 (Sobrepeso)	97 cm

Conduta: indico continuar as condutas do uso das medicações:

- Losartana 50 mg, 01 comprimido ao dia, continuo;
- Hidroclorotiazida 25 mg, 01 comprimido pela manhã;
- Sinvastatina 20 mg, 01 comprimido a noite continuo;
- Seguir condutas alimentares conforme orientado por sua nutricionista e continuar com a atividade física diária conforme vem fazendo até o momento.

- Realizar novos exames de laboratório para analisar a necessidade de continuar ou parar com o uso da sinvastatina, bem como controle laboratorial.

Figura 1 - Genograma



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) lançada em 2006 reorganiza e modifica o pensamento do processo saúde e doença, direcionando as ações centradas na prevenção e promoção da saúde. A PNPS tem por objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. (BRASIL, 2006)

Na Unidade Básica de Saúde Menino Deus a atuação médica é por meio da assistência de clínica médica, pequenos procedimentos e encaminhamentos quando necessários, associado também ao trabalho multiprofissional com toda a equipe da UBS, na questão em que envolve a saúde dos usuários e familiares, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de agravos com intuito de realizar o diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes, da melhor forma possível.

Após o reconhecimento da UBS e através da troca de conhecimento com membros da equipe no início da clínica, houve um mapeamento sobre as principais patologias que iria enfrentar diariamente com os usuários cadastrados da área de abrangência desta unidade de saúde. Dentre as mais frequentes e importantes há: hipertensão arterial sistêmica (doença que mais afeta a população regional), diabetes mellitus não insulino tratado, infecções de vias aéreas (principalmente vias aéreas superiores), ansiedade e depressão (doença essa que causou preocupação pela quantidade de pacientes que fazem uso de medicamentos psicotrópicos por longos períodos), entre outras, menos frequentes, mas não menos importantes.

Há poucos estudos sobre prevalência de depressão entre pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica, porém observa-se que a maioria mostra uma prevalência de depressão ou doença mental em pacientes hipertensos superior à encontrada na população geral, além de dados consistentes quanto à colesterolemia e menor realização de atividade física. Deve-se destacar a necessidade de maior atenção, por parte dos profissionais de saúde, às queixas apresentadas pelo paciente hipertenso no que diz respeito a sintomas depressivos em atendimento primário,

visando a um diagnóstico mais preciso e precoce e uma terapêutica mais eficaz. (AMARAL, 2007)

Ao perceber a grande quantidade de pacientes com hipertensão arterial sistêmica, resolvi mencionar essa questão entre as reuniões mensais que temos na UBS e buscar entre toda a equipe, identificar os fatores que podem desencadear essa doença em nossos pacientes e buscar saber o que poderíamos fazer para ajudá-los, com intuito de orientar e prevenir situações que poderiam estar levando a adquirir essa doença. “A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica caracterizada por elevação da pressão e ocorre associação com alterações estruturais e funcionais do coração, cérebro, rins, artérias e veias. Associações de alterações metabólicas com alto risco de eventos cardiovasculares podem ser encontradas na hipertensão”. (BRITO, 2012)

E com relação a essa situação a equipe da UBS concordou que essa doença é de fato de grande relevância e deve ser abordada com maior frequência nas reuniões, pois se atuássemos em conjunto com toda a equipe, poderíamos fazer uma análise crítica da situação e buscar estratégias para podermos atuar de forma direta e indireta nesses casos, para assim alcançarmos resultados positivos na ação sobre esses pacientes.

Para que houvesse um funcionamento mais adequado na implantação de nossas estratégias, foi necessário mapear com auxílio das ACSs cada microárea de nossa área abrangente, e identificar os pacientes que se encontravam com valores aumentados da pressão arterial e após a identificação desses pacientes os mesmos foram encaminhados para consultas na UBS para avaliação médica e junto identificar o paciente que se encontrava com fatores de riscos para desenvolver essa doença (obesidade-sedentarismo).

As consultas foram realizadas conforme agendamento, sendo realizado exames de triagem, exame físico e uma boa anamnese sobre sua doença de base e sobre seu cotidiano, buscando fatores que podem levar a provocar essa doença e os que podem piorar ainda mais, fatores esses que estão relacionados a alimentação, (hábitos alimentares inadequados apresenta-se também como fatores de riscos em que o consumo elevado de alimentos ricos em colesterol, lipídios e ácidos graxos saturados, somados ao baixo consumo de alimentos vegetais fontes de fibras, participam das dislipidemias, obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica”, exercício físico “(estudos pioneiros como o de MORRIS já apontavam o

papel importante e preventivo da atividade física na doença cardiovascular), (BAPTISTA, 1997) frisando sempre a importância de mudar não só o estilo de vida do paciente mais sim, de todos os integrantes da família, pois sempre há um melhor comprometimento do paciente com suas condutas terapêuticas, quando toda a família participa. Num geral a população aceitou bem as orientações, iniciando na medida do possível as novas orientações indicadas dentre as alimentares e comportamentais oferecidas nas consultas médicas e lembradas pelas ACSs de cada microárea.

Em cada consulta realizada era indicado ao paciente o retorno, com duração a depender do grau de informação que necessitava ser repassado, onde foram absorvidas de forma correta, valorizando sempre a experiência de forma individualizada e a vivência com a doença.

Nas consultas além da abordagem de psicoeducação foram feitas também orientações para que os pacientes participassem ativamente dos grupos de hipertensos realizados pela UBS mensalmente e que contam com um apoio multiprofissional para realização de palestras e conversas sobre assuntos variados e também foram esclarecidas questões acerca da doença, polifármacos, cuidados clínicos como verificação da pressão arterial e modos de controle da mesma (HAS), peso, altura e IMC. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2015). Outras questões como a renovação das receitas também foram realizadas quando necessário no final do atendimento pelo médico, além da avaliação de necessidade de encaminhamento para outros profissionais disponíveis na UBS como psicólogo e nutricionista para que pudessem contribuir para a saúde e mudanças de hábitos ruins para um processo educativo de vida saudável de autocuidado ou cuidado com o próximo, no caso de cuidadores. O objetivo primário da psicoeducação é fazer do paciente um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo (JUSTO & CALIL, 2004).

Ademais do acolhimento realizado e planos de atuação individual, importante ressaltar que com esses procedimentos desenvolvidos na porta de entrada desses pacientes (UBS), além do favorecimento do controle do paciente, diminui a demanda em serviços de maior complexidade, os quais não devem ser porta de entrada de pacientes com esses tipos de situação (doença) num primeiro momento, a não ser em casos complicados que necessitem de encaminhamentos específicos já de início.

4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICILIO

A visita domiciliar tem por preceitos a aproximação com a realidade dos envolvidos, assim como a integração e melhor resolutividade no cuidado, acordando com os princípios do Sistema Único de Saúde, como: acesso, acolhimento e humanização. Portanto, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, a atenção domiciliar constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

O acesso à saúde dentro do Sistema Único de Saúde conta com todas as redes de atenção à saúde, o qual a atenção domiciliar surge com o pensamento de diminuir as internações hospitalares desnecessárias e a aproximação dos profissionais de saúde com a realidade das pessoas, fortalecendo os princípios de integralidade, equidade e universalidade, se organizando através da descentralização, regionalização e hierarquização, assumindo como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença. Sendo assim, as visitas domiciliares tornam-se essenciais para a aproximação da saúde com a população. (BRASIL, 2012)

Na Unidade Básica de Saúde Menino Deus (UBS), as visitas domiciliares (VD) são programadas pela equipe conforme a necessidade e classificação de urgência de cada caso, onde a ordem de atendimento é realizada através de uma pré-seleção durante a reunião de equipe, o qual as agentes comunitárias de saúde explanam sobre os pacientes/casos que precisam de atendimento: acamados, pessoas que não fazem acompanhamento médico de rotina anual ou algum impedimento psicossocial, pacientes com difícil locomoção pela idade ou por problemas físicos decorrentes de acidentes ou situações especiais, puericultura, dentre outras situações que surgem de pessoas que não podem ir até a UBS. A ordem de visitas domiciliares segue de acordo com a classificação da equipe multidisciplinar, após realização do Projeto Terapêutico Singular, sendo esses atendidos primeiro e dando sequência nos atendimentos através de rodízio feito entre as agentes comunitárias de saúde após uma pré-avaliação dos casos mais pertinentes e com maior necessidade da visita. O

Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma forma de discutir e estabelecer ações em conjunto com a equipe de saúde, multidisciplinar, a serem desenvolvidas para melhoria de saúde do sujeito ou ampliação para seus familiares, definindo metas, responsabilidades e reavaliação dos casos. Sendo assim, os casos que necessitam de um olhar e clínica ampliada, é construído o PTS para favorecer o cuidado partilhado entre os profissionais da saúde do município por meio das redes de atenção a saúde no domicílio, fortalecendo vínculo. (BRASIL, 2013)

Até o momento os agendamentos são realizados semanalmente e sempre que possível planejado os atendimentos na mesma microárea para maior agilidade e melhor uso do tempo disponível, devido locomoção e horário. As visitas domiciliares e as microáreas a serem visitadas são repassadas antecipadamente para a secretaria da saúde para que fiquem informados sobre a ação a ser desenvolvida e agendamento do transporte dos agentes de saúde para as regiões estabelecidas no período planejado. Mesmo com um planejamento de visita domiciliar realizado com grande antecedência, infelizmente há vários cancelamentos de visitas em períodos completos e/ou realizados atendimentos de uma quantidade menor do que já predeterminado por não comparecimento do transporte e/ou por motivo de que o transporte chegar muito atrasado.

As visitas domiciliares são programadas e direcionadas ao paciente que será visitado, porém todo o atendimento poderá ser estendido aos familiares quando houver necessidade, portanto, mesmo que haja o foco principal, neste caso o paciente o qual precisa do atendimento domiciliar, é importante ter uma visão ampliada acerca dos familiares (todos os integrantes que convivem com o paciente), e o ambiente em que vive.

Os atendimentos são realizados em forma de conversa detalhada com o paciente individualmente quando necessário e junto com os familiares (anamnese), para assim avaliar e compreender da melhor forma possível o histórico de saúde do indivíduo e sua queixa (doenças) de base, seguindo os procedimentos:

- Queixa principal: realizar uma conversa direcionada ao principal desconforto do paciente, redirecionando a outros fatores que contribuam no entendimento de seu problema, como questões alimentares, queixas intestinais e urinárias, situações psicológicas (estresse), atividades de vida diária, medicações que vem fazendo uso até o momento;

- Exame físico: direcionado a queixa principal, porém sempre averiguando outros possíveis achados não relatados pelo paciente e/ou familiares como sinais vitais, ausculta cardiopulmonares e abdominais, dentre outros.
- Após avaliação clínica e física, se encontrado algo no exame físico é reestabelecido sua conduta terapêutica quando necessidade conforme os achados clínicos e conforme cada situação.
- Em casos que houver necessidade de algum procedimento, como troca de curativos, retirada de pontos ou qualquer pequeno procedimento é informado pelas ACSs e/ou familiares, e posteriormente levado o material necessário para tal procedimento a domicílio, juntamente com a equipe de enfermagem, respeitando as normas de biossegurança do profissional de saúde e a segurança do paciente.
- Avaliação do contexto da estrutura familiar para conhecimento sobre as condições em que o paciente se encontra e se há familiar capacitado (cuidador) para a administração de medicamentos e cuidados em horários estabelecidos a cada situação.
- Importante também identificar os fatores de risco que podem influenciar na saúde do paciente, desde situações físicas e ou comportamental bem como situações domiciliares como o tipo e tamanho da casa em que reside, quantidade de moradores, presença ou não de saneamentos básicos em geral.
- Quando há necessidade de maior investigação da situação clínica encontrada, é realizada solicitação de exames laboratoriais ou de imagem e posteriormente retornado a domicílio para interpretação dos mesmos e conduta terapêutica. Ao identificar a necessidade de atendimento com outros profissionais de saúde da UBS ou outras especialidades, é realizado encaminhamento para os mesmos e solicitado para que sejam atendimentos a domicílio de acordo com cada necessidade.

A UBS Menino Deus possui como meta ter resolutividade em todas as queixas dos pacientes, utilizando as ferramentas disponíveis, direcionando e reincorporando os pacientes, informando seus direitos e acesso sempre disponível para melhor avaliar e acompanhar suas queixas. As situações relacionadas as doenças agudas também são atendidas, destacando a importância da participação das agentes comunitárias de saúde, que ao observar casos de possíveis focos de início de doenças

aciona a vigilância epidemiológica para intervir quando necessário. Os casos de doenças crônicas são acompanhados através de realização de exames de controles e a partir desta ação avaliar a melhor forma para intervir, priorizando sempre como objetivo fazer o paciente entender a situação de sua saúde e a importância de algumas alterações do hábito de vida para melhor alcançar os objetivos da terapia.

5.1. Planos de Cuidado

A equipe de saúde juntamente com secretaria municipal de saúde pretende manter as visitas domiciliares conforme organização já existente, ajustando e flexibilizando sempre que necessário, com objetivo de manter um controle dos pacientes acompanhados, assim como os que comparecem a UBS, diferenciando os casos agudos e crônicos, para assim melhor indicar terapia ou se necessário encaminhamento para as redes de atenção a saúde.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização em saúde da família é um grande desafio e uma experiência única, que mostra um amplo conteúdo didático, dinâmico e participativo com várias informações via plataforma propiciando um aproveitamento satisfatório dos materiais oferecidos.

A primeira etapa do curso de especialização teve como princípio identificação e classificação da população em cada território e da área de cobertura da UBS, para assim ter um cadastro de cada paciente e família facilitando o controle total de pessoas moradoras de cada área, orientando e garantido seu direito de livre acesso ao Sistema Único de Saúde. A segunda etapa proporcionou casos mais complexos, situações que se encontram em atendimentos do dia a dia na UBS, casos interessantes e fóruns onde foi possível compartilhar com toda a equipe de trabalho e meios em que podem ter resolutividade para cada caso encontrado.

Os materiais disponibilizados na ferramenta do portfólio foram essenciais para que instigasse a busca por novos conhecimentos e adquirir novos olhares em relação a saúde coletiva. As discussões e conteúdos abordados trouxeram confiança e

segurança ao realizar os atendimentos básicos e complexos que chegam a UBS. Através da busca por novos casos e integração com a equipe de saúde da unidade, conseqüentemente fortaleceu vínculos e nasceu assim um ambiente em que todos buscam por resolução e troca de experiência, discussão de casos em equipe, troca de conhecimento multidisciplinar, possibilitando estabelecer compromissos com a equipe e formular estratégias em conjunto para melhor realizar as funções necessárias para um bom atendimento aos usuários da unidade básica de saúde.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, Geraldo Francisco do et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Rev Psiquiatr RS**, v. 29, n. 2, p. 161-8, 2007.
- BAPTISTA, Claudio et al. Hipertensão arterial sistêmica e atividade física. **Rev Bras Med Esporte**, Niteroi, v. 3, n. 4, p. 117-121, Dec. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921997000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jan e 05 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86921997000400006>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v: il. Vol. 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2 v: il. Vol. 2.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)
- BRITO, Thiago Midlej; GIORGI, Dante Marcelo Artigas. Hipertensão arterial sistêmica. **RBM**, v. 69, n. 12, p. 6-15, 2012.
- IBGE, Censo 2010. Santo Antônio da Patrulha (RS). Prefeitura Municipal. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=431760&search=rio-grande-do-sul|santo-antonio-da-patrolha|infogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>. Acesso em dezembro 2017.
- JUSTO, Luís Pereira; CALIL, Helena Maria. Psychosocial interventions for bipolar disorder. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, n. 2, p. 91-99, 2004.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão. Hipertensão e Nutrição. **Revista Hipertensão**. SP, vol. 18, n. 3, julho/setembro 2015. Acesso em 22 jan. 2018. <http://www.sbh.org.br/download/v18n3.pdf>.
- XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, Oct. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X201300410001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

ANDRÉ SASSO

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: PSICOEDUCAÇÃO COMO
FERRAMENTA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

PORTO ALEGRE – RS

2018

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, pois atinge milhares de pessoas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para a pessoa hipertensa e para a sociedade. Neste projeto de intervenção a proposta é trabalhar com o objetivo de realizar psicoeducação com pacientes hipertensos, pertencentes à Unidade Básica de Saúde Menino Deus, devido ao grande índice de usuários cadastrados com esta patologia. Por meio da psicoeducação, busca-se fazer com que o indivíduo tome conhecimento de sua condição de saúde, sendo esta uma ponte para aceitação da doença e a minimização de sofrimento psíquico, salientando que é um método de tratamento não farmacológico muito eficaz para os indivíduos acometidos por hipertensos, compreendendo o usuário em sua totalidade: clínica, psicossocial/ hábitos de vida e troca de informações. Além do objetivo proposto, almeja-se contribuir com as políticas públicas através da promoção da saúde, continuidade do cuidado e qualidade no atendimento prestado aos usuários.

PALAVRAS – CHAVES:

Hipertensão Arterial Sistêmica, Hábitos de Vida, Promoção de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, pois atinge milhares de pessoas. Sua detecção é quase sempre tardia, pois no início é assintomática, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (SANTOS, 2011).

A HAS é o maior problema social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo sendo conhecida a eficácia e efetividade de várias das medidas preventivas e de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a HAS continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para a pessoa hipertensa e para a sociedade. Em 2020, terá um aumento significativo de pessoas com mais de 60 anos. (SANTOS, 2011)

No Brasil quase um quarto dos brasileiros adultos tem de enfrentar a hipertensão, sendo a prevalência da hipertensão de 24,3% da população têm hipertensão arterial, contra 22,5% em 2006, ano em que foi realizada a primeira pesquisa em território nacional (BRASIL, 2013). No Bairro Menino Deus, localizado na cidade de Santo Antônio da Patrulha estado do Rio Grande do Sul a realidade não é diferente. Todos os dias, cerca de 5 a 10 pessoas procuram a unidade de Saúde em busca de medicamentos para hipertensão e serviços como aferição de pressão arterial, segundo dados da equipe de saúde da localidade.

Doenças crônicas, como a hipertensão frequentemente está associado com sintomas depressivos, bem como o declínio cognitivo, assim como outras comorbidades. Uma vez desenvolvidas, o suporte do profissional da saúde é essencial para a melhoria da qualidade de vida.

Por meio da psicoeducação, busca-se fazer com que o indivíduo tome conhecimento de sua condição de saúde, sendo esta uma ponte para aceitação da doença e a minimização de sofrimento psíquico. Pretende-se também trabalhar a resiliência destes indivíduos, que frequentemente é diminuída em decorrência da doença. Pode ser empregada em diferentes locais e problemáticas, sendo de significativa importância sua utilização, pois tem como objetivo realizar prevenção, promoção e educação em saúde. Assim, a maneira mais efetiva para auxiliar as pessoas é ensiná-las a se ajudarem, propiciando conscientização e autonomia. (LEMES; ONDERE NETO, 2017) Todavia, é necessário salientar que a

psicoeducação é um método de tratamento não farmacológico muito eficaz para os indivíduos acometidos por hipertensos, compreendendo o usuário em sua totalidade: clínica, psicossocial/ hábitos de vida e troca de informações.

PROBLEMA

Dificuldade de acompanhamento e transmissão de informações de qualidade aos pacientes com Hipertensão (HAS), identificados nos pacientes cadastrados na Unidade de Saúde Menino Deus, devido elevado índice da doença no bairro.

JUSTIFICATIVA

O município de Santo Antônio da Patrulha possui uma população estimada para 2016 de 42160 habitantes, conforme IBGE, destes, há 3427 pacientes hipertensos cadastrados, somando 8,13% de usuários. A Unidade Básica de Saúde Menino Deus possui 3318 pessoas cadastradas em seu território. Na população de hipertensos cadastrados na unidade, totalizam-se 624 usuários, somando 18,8% de pacientes que precisam de tratamento e acompanhamento com olhar diferenciado dos profissionais da equipe de saúde.

Por se tratar de um índice elevado de hipertensos na unidade Menino Deus, se faz necessário motivar os usuários através de ações que minimizem comorbidades e consequências da doença, assim como instruir os usuários a fim de melhorar sua qualidade de vida, através de prevenção e promoção da saúde.

O trabalho de psicoeducação sustenta-se no autocuidado, fundamental para a eficácia do tratamento. Por meio de tarefas educativas e metodologias ativas de aprendizagem, busca-se que os pacientes tomem consciência de sua condição de saúde e atuem em prol da sua qualidade de vida.

Neste contexto, a psicoeducação se coloca como uma possibilidade de acompanhamento, prevenção e promoção da saúde prestando um atendimento de qualidade ao usuário.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar psicoeducação com pacientes hipertensos, pertencentes à Unidade Básica de Saúde (UBS) Menino Deus na cidade de Santo Antônio da Patrulha, RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar consulta médica com todos os pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), pertencentes à UBS Menino Deus;
- Mencionar os principais fatores de risco relacionados, para que a população tenha conhecimento da doença, seus agravos, tratamento e a importância de seguir as orientações médicas;
- Informar os pacientes hipertensos quanto aos aspectos de promoção e atenção a saúde e prevenção de comorbidades;
- Capacitar o paciente e/ou os familiares/cuidadores na gestão de situações decorrentes da doença já instalada;
- Promover um espaço de diálogo e troca de informações entre o profissional e paciente/acompanhante;
- Estabelecer linhas de cuidados do paciente com HAS;
- Avaliar os casos que necessitam de um olhar diferenciado e oferecer cuidados continuados;
- Avaliar eficácia da proposta de intervenção com pacientes e cuidadores, assim como em reunião de equipe da UBS.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção Básica

Desde o estabelecimento da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, em 1978, em Alma Ata o Brasil implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde como porta de entrada e principal estratégia para alcançar a meta (OMS, 1998).

A atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se por ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais, visando resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população.

Na atenção básica, tem-se o objetivo de orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014). A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

O SUS preconiza os princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção. Sendo a atenção básica parte deste sistema, seus princípios são os mesmos do sistema como um todo, o que gera a busca por uma saúde integral a todas as pessoas. Como princípios do SUS, a universalidade se caracteriza como garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (BRASIL, 1990). Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal. Na atenção básica a universalidade aparece no acesso amplo e aberto a todos que dela necessitem.

A ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou Comprehensive Medicine (PAIM; SILVA, 2010). O conceito de integralidade sugere a atenção global do indivíduo e a compreensão de suas particularidades (BRASIL, 1990). Paim e Silva (2010) ainda destacam que a integralidade seria capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação. Na atenção básica a integralidade é claramente observada em seus preceitos e ações. A equidade do ponto de vista etimológico caracteriza a igualdade e ambas têm sido frequentemente usadas como sinônimos (PAIM, SILVA, 2010). O

princípio da equidade baseia-se em assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, independentemente do local de moradia, sem privilégios e barreiras (BRASIL, 1990). Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

No período anterior à criação do SUS, a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (GIL, 2006). Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais frequente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais.

Os conceitos de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social da gestão orientam a atenção básica para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

3.2 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial apresentados por pelo menos duas vezes em situações diferentes – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Frequentemente a HAS está associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo, apesar do sucesso considerável de tratamento e prevenção. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Dados epidemiológicos apontam que no Brasil há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais. E esse número é crescente, pois o estilo de vida da população contribui também para esse aumento. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. (BRASIL, 2006)

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014) descreve que na maioria dos indivíduos a hipertensão arterial não causa sintomas, apesar da coincidência do

surgimento de determinados sintomas que muitos, de maneira equivocada, consideram associados à doença, como por exemplo, dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço.

Contudo, quando o indivíduo apresenta hipertensão arterial grave ou prolongada e não tratada, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014) elenca que podem aparecer sintomáticas de dores de cabeça, vômito, dispneia ou falta de ar, agitação e visão borrada decorrência de lesões que afetam o cérebro, os olhos, o coração e os rins.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como seguir o tratamento. (BRASIL, 2006).

O tratamento da HAS pode seguir a via não medicamentosa ou a medicamentosa. O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013).

A priori, nem todos os hipertensos necessitam de medicação, pois de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014) o medicamento é utilizado apenas por pacientes que ultrapassem os níveis de pressão arterial acima de 180/110 mmHg.

Pessoas com alto risco cardiovascular ($PA \geq 160/100$ mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso. O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. (BRASIL, 2013).

3.3 Psicoeducação

A psicoeducação pode ser vista como o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente e vice-versa (CALLAHAM & BAUER, 1999).

O objetivo primário da psicoeducação é fazer do paciente um colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo (JUSTO & CALIL, 2004). No manejo de doenças crônicas, a utilização de intervenções educacionais e de caráter informativo

auxilia na efetividade do tratamento, visto que é capaz de promover comportamentos, atitudes e habilidades que favoreçam a adesão à terapia prescrita, seja esta medicamentosa ou não (PUGLIESE et al., 2007).

A intervenção com psicoeducação para portadores de doenças crônicas tem se associado, conforme destacam Losso et al (2013) ao incentivo para autocuidado, pois, além de fornecer informações técnicas, possibilita a troca de experiências entre usuário e profissional da saúde.

4. METODOLOGIA

A metodologia a ser utilizada neste trabalho é de um estudo clínico Intervencional, que visa avaliar a eficácia e efetividade de intervenções que busquem a prevenção primária através da modificação dos fatores de risco numa população.

O público da intervenção serão todos os pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) cadastrados na Unidade Básica Menino Deus. Os pacientes serão convidados para vir até a unidade de saúde através das agentes comunitárias de saúde, as quais fazem visitas mensalmente aos usuários.

Será realizado um encontro com cada paciente, com direito a retorno, com duração a depender do grau de informação que necessita ser repassado, assim como para discussão e avaliação da informação dada, se foi absorvida de forma correta, através de perguntas referente ao que foi informado, valorizando sempre a experiência de forma individualizada e a vivência com a doença.

No encontro além da abordagem de psicoeducação deverão ser esclarecidas questões acerca da doença, polifármacos, cuidados clínicos como verificação pressão arterial e modos de controle da mesma, peso, altura e IMC. Outras questões como a renovação das receitas também poderão ser realizadas no final do atendimento pelo médico, além da avaliação de necessidade de encaminhamento para outros profissionais disponíveis na UBS que possam contribuir para a saúde e mudanças de hábitos ruins para um processo educativo de vida saudável de autocuidado ou cuidado com o próximo, no caso de cuidadores.

Estima-se que 80% dos pacientes compareçam a consulta, à medida que o público da pesquisa é o que frequentemente mais busca atendimento na localidade.

5. CRONOGRAMA

METAS/AÇÕES	JUL a SET 2017	OUT a DEZ 2017	JAN a MAR 2018	ABR a JUL 2018
Construção, Apresentação da proposta de Intervenção à equipe de saúde e Organização da Agenda para os atendimentos.	X			
Atender a 100% dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica, pertencentes à UBS Menino Deus.		X	X	X
Capacitar o paciente e/ou os familiares / cuidadores na gestão de situações decorrentes da doença já instalada.		X	X	X
Estabelecer linhas de cuidados do paciente com HAS, em conjunto com paciente e cuidador.		X	X	X
Avaliar os casos que necessitam de um olhar diferenciado e		X	X	X

oferecer cuidados
continuados.

Avaliar eficácia
da proposta de
intervenção com
pacientes e
cuidadores, assim
como em reunião de
equipe da UBS.

X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos Humanos

Membros da equipe de saúde da família, sendo composta por: 9 Agentes Comunitários de Saúde, 2 Técnicos de Enfermagem, 1 enfermeiro, 1 médico, 1 Dentista, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 1 Recepcionista, 1 Farmacêutica, 1 Vacinadora, 1 Psicóloga, 1 Nutricionista e 1 Auxiliar de Limpeza.

6.2 Recursos Materiais

- Folha A4;
- Canetas;
- Computador;
- Impressora;
- Caderno da Atenção Básica (Hipertensão Arterial Sistêmica e Doenças Crônicas);
- Telefone (Para confirmação de Consulta Médica)
- Fichas de Encaminhamento Interno;
- Receituário Simples e Controlado;
- Esfigmomanometro e Estetoscópio;
- Balança antropométrica;
- Requisição Exames Laboratoriais.

7. RESULTADOS ESPERADOS

A proposta de psicoeducação pretende corroborar para a substituição do modelo biomédico, o qual os profissionais eram centro principal do cuidado, o que atualmente vem contrário a Política Nacional de Humanização, que coloca o usuário como membro principal de sua saúde, intensificando o autocuidado. Espera-se atingir 100% do público alvo com a finalidade de diminuir a morbimortalidade por motivos que se agravam conforme hábitos não saudáveis. Através do compartilhamento de vivências e conhecimentos, se pretende acordar compromissos para melhorar a situação de saúde do paciente, ampliando a responsabilidade com relação a si próprio e mudança de hábitos que geram prejuízo para a saúde, oferecendo auxílio no tratamento e estimulando sua independência e autonomia na tomada de decisões.

A proposta contribui para pequenas mudanças na lógica de cuidado, propondo intervenção de forma participativa/coletiva, construindo assim um elo com usuário e equipe de saúde, viabilizando linhas de cuidado e continuidade no processo de saúde doença, o que proporciona de forma agradável o trabalho multidisciplinar através de análise de casos que realmente necessitam de uma clínica ampliada e olhar diferenciado de todos os membros da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 1990 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica 37. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 162 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 11 agosto 2017.
- CALLAHAM, M.A.; BAUER, M.S. Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. The Psychiatric Clinics of North America, [s.l],v. 22, [s.n.], p.675-88, 1999
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (São Paulo). Atenção Básica. 2014. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 13 agosto 2017.
- JUSTO, L.P; CALIL, H.M. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. Revista de Psiquiatria Clínica, [s.l], v. 31, n.2, p. 91-99, 2004.
- LEMES, Carina Belomé; ONDERE NETO, Jorge. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 11 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Saúde para todos no ano 2000. Geneva: OMS; 1978.
- PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, p.10-16, ago. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 agosto 2017.
- PUGLIESE, Rita et al. Eficácia de uma intervenção psicológica no estilo de vida para redução do risco coronariano. Arq. Bras. Cardiol., [s.l.], v. 89, n. 4, p.10-12, out. 2007.
- SANTOS, Z. M. S. A. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 24, n. 4, p. 285-286, 2011. Universidade de Fortaleza Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40820855001.pdf>>. Acesso em 13 jul. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Alimentação e diabetes. 2014.
Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/cuidados-nutricionais>>. Acesso em 11 agosto 2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Hipertensão, [S.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.