

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

Humberto Rivera Toledo.

PREVENÇÃO DOS FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS Á HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESF CONVENTOS, MUNICIPIO LAJEADO.RS

PORTO ALEGRE

2017

Humberto Rivera Toledo.

PREVENÇÃO DOS FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS Á HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESF CONVENTOS, MUNICIPIO LAJEADO.RS

Trabalho referente a conclusão do curso de
Especialização em Saúde da Família apresentado
para UNASUS/UFSCPA com objetivo parcial para
finalização do curso.

Orientador: Dr. Fabio Franchi Quagliato.

PORTO ALEGRE

2017

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	12
4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	15
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	19
6. REFERÊNCIAS	21
7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	23

1. INTRODUÇÃO.

Meu nome é Humberto Rivera Toledo, tenho 43 anos, sou natural do estado de Camaguey, Cuba, onde cresci e terminei minha educação básica em escolas públicas. Continuei meus estudos na faculdade de ciências médicas durante 6 anos, e me graduei com o título de Doutor em Medicina em julho de 1999 pelo Instituto Superior de Ciências Médicas na cidade de Camaguey. Iniciei minha carreira profissional como médico num posto de saúde da Família no município Carlos Manuel de Céspedes, estado de Camaguey até novembro do ano 2006 que recebi o título de Especialista em Medicina Geral Integral. A partir desta data e até 2010 continuei meu trabalho como médico da família e comunidade.

Fiz uma maestria em urgências médicas mais comuns na atenção primária onde trabalhei num serviço de urgências similar a unidade de pronto atendimento que temos hoje no Brasil.

Desde setembro do 2016 estou inserido no programa mais médico para Brasil. E atuo na ESF Conventos, município de Lajeado. Rio Grande do Sul.

Lajeado é um município brasileiro localizado no Rio Grande do Sul, suas principais atividades econômicas são voltadas à indústria alimentícia.

É conhecida por ser a “capital do Vale do Taquari”, tendo em vista a importância socioeconômica. A população de Lajeado é formada por descendentes de alemães e italianos principalmente. Conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), Lajeado possui aproximadamente um total de 80.438 habitantes, composto por uma população rural e uma população urbana; da população total, 38.860 pessoas são do sexo masculino e 41.578 são do sexo feminino. Desde julho de 2013, o Município assumiu a gestão plena do sistema de saúde. A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser prioridade, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Atualmente são 14 equipes, atingindo uma cobertura populacional de 49%, totalizando 77% da população. A Rede de Atenção à Saúde Municipal é composta por 14 ESF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Serviço de Atenção Especializada às DST/AIDS (SAE), um

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), três Centros de Saúde bucal, uma Unidade Básica de Saúde, uma Base do SAMU, três Centros de Atenção Psicossocial, três Centros de Fisioterapia, uma Farmácia Escola e um Centro de Vigilância em Saúde (Ambiental, Epidemiológica, Sanitária, Central de Vacinas e Saúde do Trabalhador). Contamos com um hospital de referência com um total de 160 leitos deles 115 para o SUS. A secretaria de saúde conta com mais 70 Agentes Comunitários de Saúde que atendem os bairros: Hidráulica, Centro, Moinhos, São Bento, Moinhos D'água, Imigrante, Planalto, Morro 25, Nações, Montanha 1 e 2, Campestre, Universitário e Conventos.

Já entrando mais em nossa área de abrangência podemos dizer que como rede de apoio em nossa comunidade contamos com diversos grupos sociais, tais como: organização social dos moradores, grupo de idosos, clube de mães, grupos religiosos e associação de pais e professores (APP). A comunidade conta com duas igrejas católicas: Nossa Senhora de Lourdes e São José; igrejas evangélicas: Pentecostal, Luterana, IECLB; três escolas, sendo duas de ensino fundamental e um particular sinodal de ensino fundamental e médio.

O bairro não possui Centro de Referência de Assistência Social para auxílio da população, por enquanto, a equipe de saúde encaminha os casos para o centro do município. Nossa área de abrangência tem uma extensão territorial de 12.89 km², dividido em 7 micro áreas, 6 delas urbanas e uma rural chamada alto conventos onde existem áreas de risco ambiental já que não possui sistema de esgoto, também as características do terreno no micro área possui muitas irregularidades que geram risco de acidentes. A equipe de saúde conformado por um total de 22 profissionais, 3 médicos (pediatra, ginecologista, clínico geral), 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 médico dentista, 1 auxiliar de dentista, 2 auxiliares administrativos, 1 nutricionista, 1 auxiliar de higiene, 1 educador social e 7 agentes comunitários de saúde.

Nossa área de abrangência possui uma população cadastrada de 5787 habitantes, sendo 2099 pessoas do sexo masculino (36,27%) e 3688 do sexo feminino (63,72%). A grande maioria de origem Alemão. 4213 são maiores de 15 anos. Contamos com um total de 51 gestantes cadastradas, delas 40 são acompanhadas na unidade de saúde (70,43%), para as quais oferecemos o

programa de consultas e terreno seguindo os protocolos nacionais. Temos 84 crianças menores dum ano todas com esquema de vacinas 100% atualizado. Crianças menores de seis meses 46, com aleitamento materno exclusivo 32 para um 69,56% cifras que devemos ainda melhorar.

As principais doenças crônicas não transmissíveis que motivam aos pacientes vir a consulta no dia a dia são a Hipertensão Arterial, doenças relacionadas a saúde mental e a Diabetes Mellitus, nesse mesmo ordem, como estimativa mensal atendemos 120 casos de HAS, 105 atendimentos de saúde mental e 35 relacionados com a Diabetes Mellitus (178 pacientes cadastrados).

Segundo dados coletados na Unidade Básica de Saúde em questão, 931 pacientes são portadores da Hipertensão Arterial Sistêmica, representando 16,08% da população da comunidade, na qual 926 são maiores de 15 anos e 5 são menores de 15 anos.

Durante este período de um ano, nas consultas na unidade, observou-se que a incidência de Hipertensão Arterial, descontrole, e complicações foram mais frequentes cada dia, decorrentes da não adesão ao tratamento, além do inadequado modo e estilo de vida da maioria destes pacientes com HAS.

No momento em que os pacientes foram questionados sobre os conhecimentos com relação a Hipertensão, revelou-se uma carência de conhecimento sobre a doença, suas complicações e os grupos de risco.

Na população adstrita encontra-se um alto índice de pacientes hipertensos com estilos de vida não saudáveis; porém, percebe-se a necessidade da realização dum trabalho de revisão e desenho duma intervenção que busque conscientizar aos pacientes hipertensos sobre a importância de manter estilos de vidas saudáveis, garantindo assim melhor qualidade de vida destes pacientes. O projeto de intervenção ficara no anexo ao final de nosso portfólio.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Trata-se de uma paciente: J.R.E, 37 anos de idade, do sexo feminino, branca, ama de casa e natural de Lajeado. RS, com história de DM tipo 2 e HAS, solicita nosso atendimento porque há vários dias vem apresentando dor de cabeça e muitas tonturas, além disso não consegue dormir bem de noite, com abandono do tratamento há mais de dois meses, nega demais queixas.

Durante a entrevista médica a paciente refere ser casada com o Sr. A.F, de 45 anos de idade, pedreiro, ele sofre de Hipertensão Arterial, o casal tem uma filha, a M.R.F de 17 anos, ela é estudante, aparentemente sana, eles moram com seu cunhado M.F irmão maior de A.F, de 68 anos, o qual sofreu há 2 anos um AVC encontrando-se acamado por causa de hemiplegia do lado esquerdo do corpo, além disso sofre de HAS, e abandonou a fisioterapia porque é muito longe e se torna difícil viajar à cidade três vezes por semana para o tratamento de reabilitação. Ademais a situação econômica da família fica difícil por enquanto.

Abordagem da paciente

Ao exame clínico a paciente relata ter dor de cabeça e tonturas, apresenta bom estado geral, eupnéica, afebril, anictérica, bem corada, lembrando história de DM tipo 2 e HAS, abandonou o tratamento há dois meses, esquece de tomar os remédios por ficar pendente de o sr. M.F.

A ausculta cardíaca os batimentos cardíacos são rítmicos, sem alterações, FC: 78bpm, PA:170/100mm/Hg, SO₂: 99%. Peso: 68kg, altura: 158cm.

IMC: 27,30kg/m²

Abdome depressível, peritônio não reagente, ruídos hidroaéreos presentes e normais, sem dor durante a palpação superficial e profunda. Oroscoپیá sem presença de alterações. Glicemia de jejum capilar: 278mg/dl.

Durante nossa avaliação se encontrou problemas como: dor de cabeça, tonturas, pressão arterial elevada, Insônia, Diabetes mellitus tipo 2 sem adequado controle metabólico, falta de adesão ao tratamento e Sobrepeso.

Nos propor para o plano diagnostico indicar alguns exames como:
Hemograma completo, glicose de jejum, hemoglobina glicada, colesterol, triglicerídeos, HDL, LDL, ureia e creatinina, microalbuminuria, TSH, urina, radiografia de tórax PA e eletrocardiograma.

Como plano Terapêutico a gente começo por oferecer:

Orientações nutricionais: Reduzir o consumo de sal e gorduras nas refeições, manter uma alimentação saudável aumentando o consumo de frutas e vegetais, pratica de exercícios físicos periodicamente, eliminar consumo de açúcar e restringir alimentos ricos em açucares como refrigerantes, açúcar mascavo, açúcar cristal, doces e sobremesas, diminuir consumo de carboidratos e preferir os alimentos integrais, não abuse das quantidades de adoçantes, higiene do sono, terapia de controle de estímulos (TCE), terapia de restrição do sono.

Indicou-se como terapêutica farmacológica:

- . Amitriptilina (25mg) 1 cp ao deitar. Uso contínuo por 6 meses.
- . Enalapril (10mg) 1 cp 12/12h, uso interno e contínuo.
- . Metformina (500mg) 1 cp/dia, antes do café da manhã, uso interno e contínuo.
- . Curva pressórica diária/30 dias
- . Monitoramento ambulatorial de glicemia.
- . Monitoramento do peso corporal semanal.

Educação em saúde: Falamos sobre importância do controle glicêmico e da pressão arterial, riscos e agravos destas doenças. Controle da insônia, elementos que podem influir na aparição dela, o seja tentar conhecer o que faz perder o sono, analisar os hábitos de sono, evitar consumo noturno de bebidas psicoestimulantes como chá preto, café, cola, deitar no horário relativamente uniforme.

Agendar visita domiciliar para dentro de 15 dias, após a consulta e de ser possível com a presença da família toda.

Abordagem da família:

Durante a visita domiciliar feita pela equipe a casa da J.R.E moradora do bairro Alto Conventos, única zona rural de nossa área de abrangência. Observamos o senhor M.F deitado numa rede, já tinha tomado os remédios para HAS e com cifras de PA:120/80mm/Hg, refere se sentir bem, quando perguntamos porque não fica assistindo a fisioterapia relata que é muito cansativo viajar até o centro da cidade para fazer a mesma, além de não ter dinheiro para tantas viagens.

A dona J.R.E falou que já começou a tomar os remédios, tem cifras de PA: 150/90mm/Hg, glicemia capilar 168 mg/dl, refere se sentir muito cansada, seu marido o Sr. A.F fala que isso é porque ela não para de fazer coisas na casa, que não tem tempo para nada, mas tem pouco tempo para ele atender, reclama que ela quase sempre está cansada para ter relações sexuais com ele. Refere se sentir bem, às vezes sofre dor de cabeça, e tonturas, está tomando regularmente as medicações para a pressão, Losartana 50 mg 1 cp 12/12h e Hidroclorotiazida 25mg 1 cp de manhã, aferimos a PA dele e tem cifras de 130/80mm/Hg.

J.R.E, reclama que além da carga de seu cunhado, fica atenta da filha que é adolescente, fazer todos os deveres da casa, e ao final do dia está cansada demais, o relacionamento entre o casal está ficando um pouco ruim, graças a deus sua filha a M.R.F ajuda muito e fica sempre que não está estudando ao lado dela.

Analisando esta situação decidimos fazer uma dinâmica familiar, tomando algumas decisões para iniciar a abordagem desta família, oferecemos orientações com objetivo de apoiar na reorganização e dinâmica da família: Com M.F combinamos reiniciar a fisioterapia, para isso o carro de apoio da secretaria levaria ele com sua cunhada duas vezes por semana até o centro de reabilitação que fica no bairro Olarias, com previa coordenação com o gestor de saúde e o fisioterapeuta.

Acordamos com o fisioterapeuta ensinar a J.E.R as atividades a realizar no resto da semana na casa, hoje se está realizando dessa maneira, até conseguir maior frequência nas atividades. Já se vem observando algumas mudanças no tono muscular do paciente e melhor disposição para enfrentar a situação e as dificuldades que se apresentam no cotidiano. Ademais encaminhamos e está sendo acompanhado por neurologista de forma ambulatorial na UBS do bairro Montanhas.

Dona J.E.R está sendo acompanhada pela psicóloga do NASF, e tem melhorado muito a depressão, continua com o uso de antidepressivos, e até a começado a participar com maior capacidade nas atividades da casa diminuindo o excesso de atividades na rosa, continua sendo avaliada pela nutricionista e está logrando ter melhor controle do peso corporal e uma alimentação mais saudável. O casal foi acompanhado pela psicologia para avaliação e conselheira do relacionamento entre eles, foi oferecido apoio psicossocial pela equipe, e segundo ela tem havido algum melhoramento nas relações sexuais, se bem é certo que não todo está resolvido, mas ainda continuam assistindo a consulta com psicologia.

Já tem transcorridos quatro meses após a primeira visita da J.E.R a nossa ESF, ela fica muito alegre, refere sentir-se bem melhor, contenta com a evolução de seu cunhado, e ainda precisa mais sessões com o fisioterapeuta, as cifras de PA na última consulta foram 130/80mm/Hg, e a glicemia capilar 138mg/dl, se reorienta em quanto a dieta e atividade física sistemática.

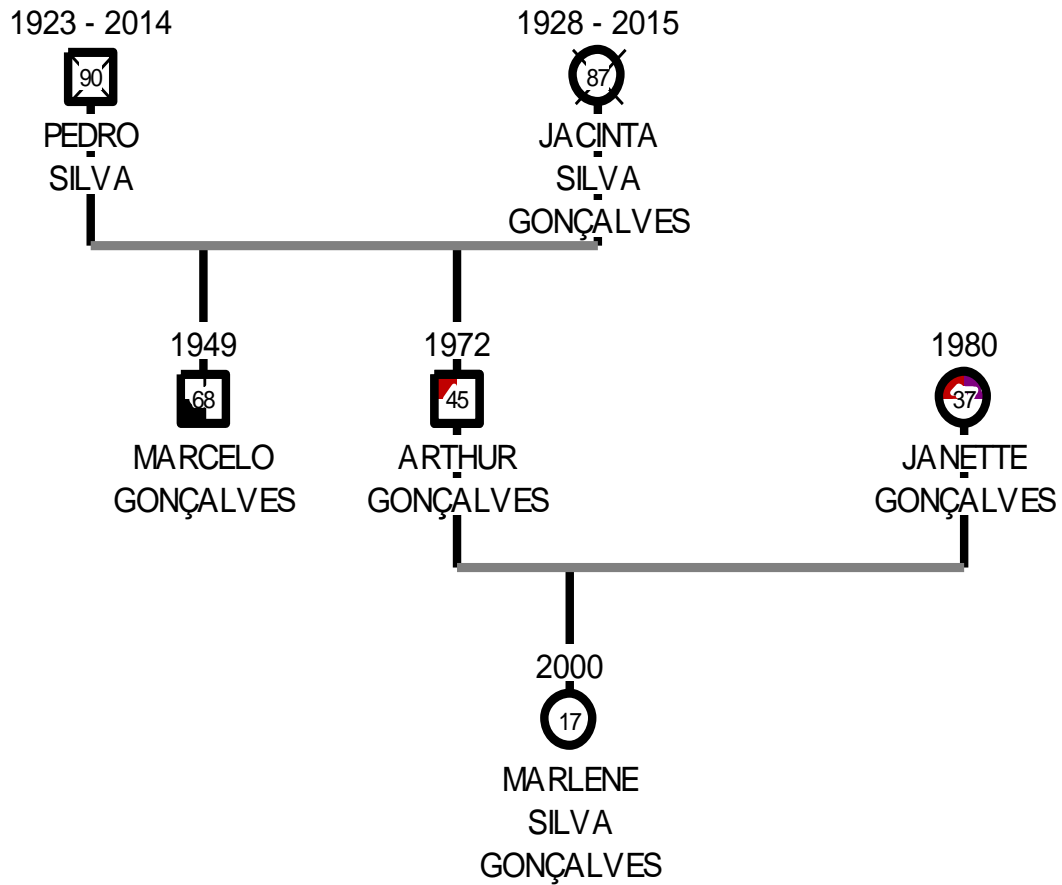
A.F o marido da J.E.R fica melhor, com melhor humor, tem aprendido com a médica coisas muito interessantes para melhorar o relacionamento do casal, fica mais alegre porque sua mulher está menos cansada e brigam menos, mantem controlada sua pressão.

A M.R.F continua ajudando a sua mãe e fica feliz de olhar sua família e paz e harmonia, fala que deste jeito conseguira estudar e alcançar melhores resultados na escola.

Até aqui um exemplo de todo o que podemos fazer em nossa equipe de trabalho por cada paciente, família e até nossa própria comunidade, E

incalculável o valor e importância da atenção primária de saúde na medicina contemporânea.

Genograma da família:



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

O trabalho na equipe de Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (FERREIRA, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL & CLARCK, 1976: 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003).

A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

Promover tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (FERREIRA, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (LEAVELL & CLARCK, 1976: 19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (TERRIS, 1990 apud CZERESNIA, 2003).

Depois de analisar os temas abordados nos casos clínicos, chama nossa atenção quão frequente tornam-se os casos de sofrimento mental na maioria das regiões no Brasil. Em nossa área de abrangência por exemplo estes problemas de saúde constituem o segundo motivo de consulta no dia a dia, detrás apenas da HAS. Com o estudo destes casos complexos também conseguimos melhorar o atendimento dos pacientes na atenção primária no

Brasil, propondo mudanças dos estilos de vida, e maus hábitos alimentar, que nos permitam a prevenção de agravos, controle das doenças crônicas, e melhorar sua qualidade de vida.

Uma vez feito o diagnóstico do paciente com algum tipo de sofrimento ou transtorno mental, são prescritos tratamentos farmacológicos, brindamos apoio psicológico; se realiza a discussão do caso na reunião da equipe para estabelecer o acompanhamento em consultas, e para incorpora-los ao grupo de saúde mental, com o qual começamos a trabalhar neste ano, considerando que o sofrimento mental constitui um verdadeiro problema de saúde na nossa população; e baseando-nos nas evidências da eficácia do trabalho em terapia de grupo neste tipo de doença. Iniciamos o grupo com um total de 23 pacientes.

Neste grupo de saúde mental participam pessoas que já passaram por alguma internação, e pacientes com acompanhamento no CAPS adulto. Os encontros do grupo acontecem mensalmente e recebemos apoio de outros profissionais como psicologia e psiquiatria. Fazemos o trabalho em parceria com o CAPS e recebemos informações e contra referência dos casos manejados no qualquer nível de nossa rede.

Nesses encontros são disponibilizadas informações e orientações sobre diferentes assuntos dentro da área da saúde, bem como atividades de confraternização de datas e algumas recreativas.

Busca-se através desses encontros manterem os pacientes estáveis em seus quadros de adoecimento psíquico, permitindo aos mesmos um espaço terapêutico de escuta, estimulando as atividades de rotina, cuidados com a saúde, higiene, higiene bucal e alimentação, além de tentar fornecer os medicamentos prescritos nestes pacientes para evitar descontroles das doenças, ressaltando a importância da adesão ao tratamento e acompanhamento pelo psicologia e psiquiatria, também damos apoio psicológico, por nossa parte e tentamos apoio de parceiros e familiares.

As internações psiquiátricas só ocorrem quando os pacientes encontram-se em crise forte e com sintomas psicóticos. Na unidade também é oferecido atendimento psicoterápico individual aos pacientes que apresentam episódios de recaídas leves ou moderadas.

Os pacientes, são acompanhados pelo médico na atenção primária e o psiquiatra no CAPS adulto, pois em nosso município contamos com um centro de saúde mental equipado e organizado por profissional médico e de enfermagem, preparados para abordagem deste tipo de pacientes.

São consideráveis os resultados obtidos neste grupo, melhorando a qualidade de vida destes pacientes, e diminuindo o número de internações; o 100% dos 15 pacientes que hoje assistem ao grupo tem uma correta adesão ao tratamento farmacológico. Conseguimos reincorporar a suas atividades e vida normal 8 pacientes, os quais não precisam do uso de medicamentos.

Diversos estudos avaliam os resultados do trabalho em grupo. “No Brasil, com as propostas da reforma psiquiátrica ocorreu a reorganização do modelo assistencial em saúde mental e a psicoterapia de grupo passou a ser muito utilizada em diferentes ambientes institucionais por responder à intensa necessidade dos pacientes, oferecer vantagens de custo em comparação ao atendimento individual e sobretudo por diminuir o isolamento social do doente mental” (BEZERRA JUNIOR, 1992; GUIMARAES, 2001).

“Bion (1975) mostra a presença dos supostos básicos (configurações inconscientes) nos grupos como manifestações que precisam ser interpretadas. Kaës (1997) fala sobre a ilusão grupal, fenômeno em que há a sensação de que o grupo preencherá todas as necessidades de cada um e de todos exigindo a necessidade de um trabalho que desmistifique tal ilusão. E Anzieu (1989) aponta que em qualquer situação de grupo os processos inconscientes estão presentes, que a aparelhagem psíquica grupal existe e está dotada das mesmas instâncias que a individual, embora não dos mesmos princípios de funcionamento” (BION, W, 1975; KAES, R, 1997; ANZIEU, D, 1989).

“Cardoso e Seminotti (2006) realizaram estudo sobre vínculos em grupo terapêutico (aberto) em um CAPS, através da metodologia qualitativa. Pelos resultados perceberam que os participantes reconhecem o grupo como espaço de ajuda, em que todos podem participar com pedidos ou sugestões para resolução de conflitos” (CARDOSO, C. e SEMINOTTI, N, 2006).

4. VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.

A atenção básica constitui o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde é responsabilidade das equipes de atenção básica atender os cidadãos conforme suas necessidades em saúde, que muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas tem na hora de acessar aos serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, sejam pelo seu estado de saúde, que muitas vezes os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada ao nível domiciliar.

Descreveremos uma visita domiciliar feita a solicitude dum familiar por estar a paciente acamada. Realizamos a visita Médico, Enfermeira e Agente Comunitário da Saúde.

Chegamos a casa, nos recebe a filha da paciente doente e nos leva até ela que está deitada no quarto.

T.M.R de 78 anos acamada, com história de Hipertensão arterial há mais de 40 anos, AVC isquêmico há 5 anos, deixando como sequela hemiparesia direita e afaxia motora. Acamada, não conseguiu falar, precisa de ajuda para todo, sem controle de esfíncter vesical, é viúva, tem 2 filhos um dele mora fora do município. A filha que mora com ela A.R casada, 52 anos fumadora, não teve filhos e dedica todo seu tempo para cuidar da mãe com ajuda de uma empregada, o filho têm boa situação econômica e ajuda a A.R no sustento da casa junto com seu marido.

Motivo da visita:

A filha refere que a mãe há três dias tem apresentando urinas turbas meio escuras com cheiro forte, dificuldade para urinar, diz que pelo demais todo fica igual, com dificuldades para ser alimentada e para dar a medicação já que não quer engolir.

Exame físico:

- . HGT: 105 mg/dl. Pós pandrial
- . FR: 22 /min
- . FC: 78 /min.
- . PA: 120/70
- . SO2: 98%
- . Temperatura axilar: 37

Paciente acamada aparentemente com peso adequado, bem corada, hidratada, sem apresentar lesões na pele nem úlceras de decúbito.

Aparelho Respiratório: barulho vesicular preservado sem estertores.

Aparelho Cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, não sopro cardíaco.

Abdome: depressível, peritônio não reagente, RHA presentes e normais.

Membros inferiores: pulsos periféricos presentes e normais. Varizes tortuosas em ambos membros, sem sinais de complicações.

Sistema Nervoso Central: afasia motora, hemiparesia direita residual.

Realiza-se exame vulvar: corrimento branco e eritema nos lábios e virilha.

Após assepsia da região vulvar e colocação de sonda vesical coletamos mostra de urina para EQU e Urocultura com antibiograma.

Terapêutica em uso:

Losartana 50 mg 1 cp de 12/12 horas uso contínuo, VO

Hidroclorotiazida 25mg 1 cp de manhã uso contínuo, VO

Uso de fraldas geriátricas tamanho M, 90 uds/mês

Em acompanhamento por neurologista e fisioterapeuta.

A fisioterapeuta tem marcado duas frequências por semana para fazer os exercícios e lhe mostra para a filha como pode ajudar o resto da semana.

Cuidadora:

A.R. Filha é a responsável pelo cuidado da mãe, se mantém todo o tempo a cuidado dela, mais tem uma empregada M.D de 42 anos, que ajuda na cozinha, limpeza da casa e quando se precisa movimentar, dar banho e alimentar a dona T.M.R. Elas têm todo tipo de equipamentos para movimentar a paciente como cadeira de rodas e guincho elevador de transferência.

Estrutura Familiar:

Na casa moram as duas mãe e filha, o marido da A.R o senhor A.B de 55 anos o qual tem estudo superior e trabalha na BRF como engenheiro elétrico. A empregada fica até as 17 horas, após esta hora a paciente fica na cama sendo movimentada cada 3 ou 4 horas pela filha com ajuda do casal.

Situação de Saúde e de vida:

A família possui uma situação econômica favorável, com apoio econômico do resto dos membros, tem equipamentos e recursos necessários para o cuidado adequado da mãe.

Alimentação de dona T.M.R:

M.D a empregada encarregasse de preparar os alimentos sugeridos pela nutricionista como por exemplo (sopas) e moles, pela dificuldade para engolir, a filha é a encarregada da administração.

Estrutura da vivenda:

Casa bem estruturada com sala, cozinha, três quartos, dois banheiros, garagem, e quintal pequeno, piso de cerâmica, o quarto da paciente é espaçoso com duas camas já que a filha dorme frequentemente com ela. Todo limpo e arrumado, não tem animais domésticos

Lista de problemas:

- . Candidíase vulvar.
- . Infecção do trato urinário.
- . Hemiparesia direita sequela de AVC.
- . HAS controlada.

Plano de cuidados propor após avaliação

Após avaliação da dona T.M.R a gente acordou seja visitada pelo agente comunitário a cada me, agendar nova visita medica após receber os resultados de exame de urina e uroculturacultura e definir conduta. Indicamos tanto para a

filha como cuidadora movimentar a dona T.M.R para evitar ulcera por pressão e complicações tromboembólicas, fazer uso de loção para prevenção escaras.

Orientamos administrar abundantes líquidos (agua, sucos) e tomar cuidado na hora de administrar os alimentos e medicações pelo risco de bronca aspiração, fazer troca de fraldas com a periodicidade requerida, extremar medidas higiênicas da região vulvar.

Por último explicamos a importância e necessidade de continuar assistindo as fisioterapias para sua melhor recuperação, oferecemos apoio psicológico e reforçamos que nossa equipe fica à disposição, ratificamos para os membros da família e cuidadora a conscientização sobre a doença crônica da mãe e necessidade de cuidados permanente.

Plano medicamentoso:

Losartana 50 mg 1 cp de 12/12 horas uso contínuo, VO

Hidroclorotiazida 25mg 1 cp de manhã uso contínuo, VO

Nistatina creme aplicar na vulva e virilha por 10 dias

Observação da paciente em caso de outro sintoma avisar à equipe de saúde.

Próxima visita domiciliar quando este o resultado dos exames.

Demais orientações:

Observasse a filha A.R com preocupação excessiva pela mãe, fuma uma cartela ou mais por dia, o que é confirmado pela empregada porem damos apoio psicológico, falamos sobre a incorporação á grupo de tabagismo e agendamos consulta para ela no posto de saúde.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Há pouco mais dum ano comecei o curso de especialização em Saúde da Família, tendo como sede a Universidade Federal de Porto Alegre, Rio Grande Do Sul, na modalidade a distância, foi a minha primeira experiência nesta modalidade de estudo. Acredito que no início foi difícil se adaptar por tratar-se dum método de ensino quase na sua totalidade virtual. Sem esquecer a dificuldade apresentadas com a língua portuguesa, mais tenho que destacar que desenvolveu em mim maior capacidade do uso dos meios como são a informática e internet como ferramentas tão necessárias no contexto atual.

Neste ano aprendi muitas coisas que enriqueceram meu conhecimento como médico e como profissional, minha cultura geral, no eixo I, a gente começou a estudar e conhecer a história da saúde no Brasil, sua evolução, como aconteceu a formação do SUS, quais são as políticas da saúde e princípios do SUS, aprendi a planejar melhor minha agenda profissional, fazer uso correto dos sistemas de informação e notificação de agravos, assim como a possibilidade de acessar e interagir com os diferentes níveis de atenção com apoio e ajuda de telessaúde como transcendental conquista do sistema de saúde no Brasil.

Já no eixo II, no estudo dos casos complexos é a parte clínica a qual eu gostei mais, indo desde atenção pré-natal, puericultura e doenças mais frequentes nas crianças, doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis, casos de violência, manejo do paciente idosos, sofrimento mental entre outras. O estudo dos casos complexos permitiu ampliar e fornecer nosso conhecimento, atualizar manejo e terapêuticas e conhecer a profundidade os protocolos de tratamentos atuais, sem deixar de olhar as diferenças existentes entre algumas regiões do Brasil no contexto econômico e social.

Só para mencionar algum exemplo de quanto este curso ajudou em nossa preparação lembro o caso do sr. Antônio, mediante o qual se abordaram aspectos do manejo de uma parada cardiorrespiratória, assim como identificar quanto preparados estamos na equipe de saúde para enfrentar situações como estas. Conseguimos fazer um levantamento do material, medicamentos e

recursos necessários para atendimentos de urgências e emergências. Se identificou a necessidade de educação continuada e melhor preparação para nossa equipe neste tema, informando com brevidade para nossos gestores. Assim dum jeito similar aconteceu durante todo o curso com outros casos e temas que foram analisados.

O curso de pós-graduação em Saúde da Família tem como objetivo formar especialistas em Saúde da Família, capazes de atuar na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos. Ensina-nos que para oferecer um atendimento de qualidade, não se pode ver o paciente de forma isolada deve-se ver como um ser biopsicossocial. Reconhecer a importância das visitas domiciliares para aprofundar e conhecer a família toda, o entorno e até os problemas que afetam a comunidade. Exercer e coordenar atividades de promoção e prevenção com os grupos de Saúde Mental, Doenças Crônicas, Tabagismo, Pré-natal, Saúde da Mulher, adolescentes, etc.

No particular lamento muito não ter mais tempo para aproveitar melhor todo o conteúdo e riquezas que encontrei no curso, assim como interagir mais com os colegas e professores. Sem esquecer de agradecer a toda equipe de UNASUS e em particular a nossos tutores a Dra. Lucila Hirooka e o Dr. Fabio Franchi Quagliato. Obrigado por sua ajuda incondicional e sua compreensão.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ANZIEU, D. *Eu pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989. BRASIL, Congresso Nacional. Lei número 10216, de 06 de abril de 2001. **Diário Oficial da república Federativa do Brasil**, Brasília, 2001. Disponível em: <[HTTP://psiconet.com/brasil/leyes/leisaludmental.htm](http://psiconet.com/brasil/leyes/leisaludmental.htm)> Acesso em 14 set. 2003.

Bechelli L. P. C., & Santos M. A. (2004). Psicoterapia de grupo: Como surgiu e evoluiu. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 242-249.

Bezerra Júnior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso em 19 ago 2016]; 17(2):243-50. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>.

BION, W. **Experiências com grupos**: os fundamentos da psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Imago/USP, 1975.

BRASIL, M. da Saúde do. *Sistema de Informação da Atenção Básica 2013.2014*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 23 Mar. 2014. Citado na página 9 e 10.

BRASIL, M. da Saúde do. *Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde*. Brasília - DF: MS, 2013. Citado na página 14 e 15.

CARDIOLOGIA, S. B. de. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. Brasília - DF: Arq Bras Cardiol, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 14, 15 e 16.

CARDOSO, C. e SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no CAPS. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, volume 11, número 3, p. 775-783. julho/setembro 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção (versão revisada e atualizada do artigo "The concept of health and the difference between promotion and prevention Cadernos de Saúde Pública, 1999).. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2003 (p.39-53). disponível http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf

KAES, R. **O grupo e o sujeito do grupo**: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

Humberto Rivera Toledo

PREVENÇÃO DOS FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS Á HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESF CONVENTOS, MUNICIPIO LAJEADO.RS

Tutora: Lucila Hirooka.

LAJEADO
2017

RESUMO

Por ter a Hipertensão uma alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública, que ocupa um papel muito importante no aparecimento das doenças cardiovasculares, tornou-se imperativo estabelecer um plano de intervenção visando para prevenção dos fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica acompanhados por nossa equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para enfrentar um problema de saúde muito importante e de grande repercussão na população do Brasil e na área de abrangência da ESF Conventos, situado no bairro com o mesmo nome, no Município de Lajeado/Rio Grande do Sul. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, através do método da Estimativa Rápida, incluindo os principais problemas enfrentados em nossa área, foram planejadas intervenções para garantir a melhoria no atendimento de pacientes com HAS. Também foi realizada uma revisão da literatura para subsidiar o planejamento através dos seguintes bancos de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, LILACS, entre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância e como critério de inclusão foi aceito publicações entre 2000 e 2016. Outros dados importantes que foram utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Lajeado e arquivos próprios do posto de saúde. O plano de ação foi elaborado seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Concluiu-se que a HAS tem realmente grande incidência na área de abrangência da equipe e que na abordagem da hipertensão tem vital importância os conhecimentos dos pacientes, no sentido de incentivar mudança dos hábitos de vida, e os projetos sociais que entendam a cultura local, tenham como alvo a comunidade e as famílias de risco para educação em quanto às mudanças. Para isto é necessário à integração da equipe como um todo com possível articulação de diferentes estratégias, setores sociais e governamentais para incorporar ações conjuntas em pro da saúde coletiva. Com isto, espera-se um acompanhamento mais efetivo dos hipertensos, levando assim a evitar suas complicações.

Palavra-chave: Hipertensão. Fatores de risco. Prevenção.

ABSTRACT

By having the hypertension a high prevalence and low rates of control, one of the most important public health problems, which plays an important role in the onset of cardiovascular disease, it has become imperative to establish an intervention plan for the prevention of risk factors associated with hypertension accompanied by our team of the Family Health strategy. This study aimed to develop an action plan to address a major health problem of great impact on the population of Brazil and in the area covered by the Conventos, located in the neighborhood of the same name, in the municipality of Lajeado, Rio Grande do Sul: the high rate of patients with high blood pressure . After performing the situational diagnosis and know the territory studied by the method of the Flash Estimate, including the main problems faced in our area, interventions are designed to ensure improvement in the care of patients with SAH. The problem description of vectors were identified, critics us and the ways of acting on them, the players involved, political feasibility, the necessary resources and means to be used for that purpose could be achieved. Also a literature review was conducted to support the planning through the following databases: Virtual Health Library Virtual, among others. Articles available in these databases, as well as publications in books and medical journals were selected as relevant and as inclusion criterion was accepted publications between 2000 and 2016. Other important data used are available at the Municipal Department of Health and own files from the clinic. The action plan was prepared following the method of Situational Strategic Planning. It was concluded that SAH has really big impact on the team catchment area and in the hypertension approach is vitally important knowledge of patients, to encourage change in lifestyle, and social projects that understand the local culture; they have targeted the community and risk families for education about the changes. This requires the integration of the team as a whole with possible articulation of different strategies, social and government sectors to incorporate joint actions for the sake of public health. With this, it is expected monitoring, the most effective hypertensive patients, thus leading to prevent its complications.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária de Saúde.

AVC- Acidente vascular cerebral.

DCV - Doenças Cardiovasculares.

ESF- Estratégia de Saúde da Família.

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio.

PA - Pressão Arterial.

PSF- Programa de Saúde da família.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia.

SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão.

SCIELO - A Scientific Electronic Library Online.

SMS - Sistema Municipal de Saúde.

SUS- Sistema Único de Saúde.

UBS- Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Objetivos	9
2.1 Geral	9
2.2. Específicos	9
3. Revisão da literatura	10
4. Metodologia	17
5. Cronograma	19
6. Recursos necessários	19
7. Resultados esperados	20
8. Referências	21
Anexos	22

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família ESF Conventos, localiza-se no município de Lajeado, estado do Rio Grande do Sul. Possui uma população cadastrada de 5.787 habitantes, apresenta diversos grupos sociais, tais como: organização social dos moradores, grupo de idosos, clube de mães, grupos religiosos e associação de pais e professores (APP). A comunidade conta com duas igrejas católicas: Nossa Senhora de Lourdes e São José; igrejas evangélicas: Pentecostal, Luterana, IECLB; três escolas, sendo duas de ensino fundamental e um particular sinodal de ensino fundamental e médio.

A comunidade não possui Centro de Referência de Assistência Social para auxílio da população, por enquanto, a equipe de saúde encaminha os casos para o centro do município. Nossa área de abrangência tem uma extensão territorial de 12.89 km², dividido em 7 micro áreas, 6 delas urbanas e uma rural chamada alto conventos onde existem áreas de risco ambiental já que não possui sistema de esgoto, também as características do terreno no micro área possui muita irregularidade geram risco de acidentes. A equipe de saúde conformado por um total de 22 profissionais, 3 médicos (pediatra, ginecologista, clínico geral), 2 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 medico dentista, 1 auxiliar de dentista, 2 auxiliares administrativos, 1 nutricionista, 1 auxiliar de higiene, 1 educador social e 7 agentes comunitários de saúde.

Como porta de entrada ao sistema de saúde as atividades que realizamos são muito diversas baseadas na promoção, prevenção e tratamento das diversas doenças agravos que afetam nossa comunidade por exemplo:

1. Assistimos ao indivíduo, família e comunidade seguindo as diretrizes da atenção primaria de saúde.
2. Fomentamos ações no sentido de intervir no processo de saúde-doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas a vigilância a saúde na defesa da qualidade de vida. Todo mês fazemos atividades grupais com grupo de idoso, intercambio de duvidas com eles, orientações sobre prevenção de doenças crônicas e controle das mesmas, assim como mudanças de estilo de vida.
3. Desenvolvemos ações de promoção de saúde, por médio de atividades educativas, com estímulo de participação comunitária e trabalho Inter setorial.

Fazemos visitas e atividades nas escolas com apoio e participação do sistema de educação, informando, orientando a estudantes sobre doenças transmitidas sexualmente, como preveni-las, uso da camisinha, assim como outras doenças e uso de substâncias psicotrópicas.

4. Prestamos assistência de enfermagem e médica a gestantes a parturientes, a puérperas, ao recém-nascido, criança/adolescente, adultos e pessoa idosa mediante a característica do serviço de saúde.
5. Planejamos e fazemos visitas domiciliares a pacientes e famílias com doenças e agravos que precisam do apoio da equipe.
6. Prevenção e controle de doenças transmissível em geral e nos programas de vigilância epidemiológica.
7. Cuidados de enfermagem, curativos, aplicação de medicação já seja inalados, intramuscular e intravenoso ambulatoriamente. Assim como atendimentos de enfermagem de demanda espontânea.
8. Acolhimento e acompanhamento de pacientes com sofrimento psíquico procurando melhorar seu ambiente para favorecer a recuperação. E reincorporação na sociedade.
9. Superação, educação continuada e capacitação dos profissionais. É uma tarefa mais de nossa equipe de saúde.

Segundo dados coletados na Estratégia de Saúde da Família em questão, 931 pacientes são portadores da Hipertensão Arterial Sistêmica, representando 16,08% da população total, na qual 926 são maiores de 15 anos e 5 são menores de 15 anos. Sendo esta doença uma das causas mais frequentes de consulta em nosso cotidiano, chamando atenção o por cento elevado de hipertensos sem controle. Desde já nossa equipe de trabalho começou tanto em visita domiciliares como em consultas oferecer informação sobre o conhecimento destes fatores de risco, através de palestras, e no mesmo momento da consulta, temos a meta proposta de cadastrar e acompanhar al 100% de nossa população com HAS.

JUSTIFICATIVA

Durante as consultas na unidade, observou-se que a incidência de hipertensão arterial, descontrole e complicações foram mais frequentes a cada dia, os pacientes não fazem o controle e tratamento indicação médica e contato o modo e estilo de vida da maioria dos pacientes com HAS era inadequado.

Quando os pacientes foram questionados se revelou uma carência de conhecimento sobre a doença e suas complicações e os grupos de risco não tinham consciência ao que eram expostos.

Na população adstrita encontra-se um alto índice de pacientes hipertensos que não tem estilos de vida saudáveis. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações e sequelas, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Diante disso, percebe-se a necessidade da realização de um trabalho de revisão o desenho de uma intervenção que busque conscientizar os pacientes hipertensos sobre a importância melhorar estilos de vidas e proporcionando assim uma melhor qualidade de vida a estes pacientes.

As ações de saúde serão feitas nas consultas médicas e nas visitas domiciliares.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Realizar atividades de educação em saúde para pacientes com hipertensão arterial, abordando a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico no controle e prevenção das complicações na ESF Conventos.

2.2 Específicos

- Informar aos pacientes através de educação continuada, sobre os fatores de riscos e tratamento da HAS.
- Capacitar a equipe de saúde acerca das medidas de prevenção e controle da HAS.
- Durante as visitas domiciliares fazer diálogos sobre as ações de cuidado e autocuidado e falar sobre as medidas de prevenção e controle da HAS.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica, também conhecida como pressão alta, é conceituada também pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. Ela é considerada uma síndrome de origem multifatorial, sendo considerado os valores, a partir de 139 mmHg para a Pressão Arterial Sistólica e 89 mmHg para a Pressão Arterial Diastólica para indivíduos adultos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Nas estatísticas públicas, percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, constituindo um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas sextas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE et al., 2010). As Doenças Cardiovasculares (DCV) são importantes causas de morbidez, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE et al., 2010).

De acordo com o sistema de informações sobre mortalidade do ministério da saúde de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando o 30 % dos óbitos, a frente das neoplasias, responsáveis por 16,7% (BRASIL, 2006). Além disso, a DCV constitui condição muitas vezes silenciosa que pode atacar sem aviso prévio, ressaltando a importância da prevenção.

Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico

precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuir estes eventos (ALVES; NUNEZ, 2006).

O conhecimento dos hipertensos sobre a doença e os seus fatores de risco é de grande relevância para que os profissionais de saúde delimitem o tratamento adequado, seja este medicamentoso ou não; ou até mesmo apenas para redução de danos, através da adoção de medidas que visem minimizar o impacto da hipertensão na vida de seus portadores, com a melhoria da condição de vida a fim de preservar os órgãos alvo, como coração, vasos sanguíneos, cérebro e os rins (SANTA; NEMES; ELUF, 2010).

Trata-se, portanto, de um agravo de etiologia multifatorial que, devido à grande variedade de consequências, constitui a origem de várias doenças cardiovasculares, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Dessa forma, assume um papel fundamental dentro da saúde pública no Brasil e no mundo, trazendo grande impacto econômico, pelo ônus imposto ao sistema de saúde, e social, pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

A HAS é uma das doenças mais prevalentes no mundo, acometendo cerca de um terço da população. A hipertensão pode surgir em qualquer época da vida, inclusive durante a gravidez, mas é muito mais comum na população adulta e nos idosos. Estima-se que até 80% da população com mais de 60 anos seja hipertensa.

Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores como maior expectativa de vida, maiores incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares (PINHEIRO, 2009).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2006). Quando esta doença aparece ligada a fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados

e as consequentes lesões de órgãos alvo ainda mais graves (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo. (BRASIL, 2006).

Ainda outro fator importante em todos os níveis de atenção à saúde, é a necessidade do trabalho interdisciplinar, uma vez que é justamente a partir de tal trabalho que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população.

A hipertensão arterial é uma doença que acomete grande parte da população, e o seu crescimento deve-se a vários fatores de risco que propiciam ao seu aparecimento. Entre eles temos os seguintes:

Fatores Genéticos:

Sendo a HAS uma doença de etiologia multifatorial, vários sistemas estão correlacionados para elevação da mesma. O desenvolvimento da hipertensão arterial dependerá da integração de fatores genéticos e ambientais. Para o indivíduo que nasce com uma predisposição genética, desenvolver ou não hipertensão dependerá, basicamente, do estilo de vida que este irá levar. Em indivíduos com predisposição genética sedentários, com dieta hipersódica, hipercalórica e hiperlipêmica, podem apresentar a doença precocemente, geralmente próxima à terceira década de vida e com características de maior resistência ao tratamento. .

Idade:

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.

Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade, enquanto o risco absoluto aumenta marcadamente.

Atualmente, importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, como a hipertensão arterial, têm sido identificados em

idades precoces. Estudos têm demonstrado que tais fatores de risco desenvolvidos durante a infância e a adolescência tendem a se manter na vida adulta. Dessa forma, a busca por fatores associados à hipertensão arterial em populações pediátricas é foco de muitos pesquisadores. O aumento significativo na ocorrência da obesidade entre a população jovem no mundo tem sido motivo de muita preocupação para diferentes profissionais da área da saúde.

Em adultos, o consumo excessivo de sal e a elevada ingestão de cafeína parecem colaborar para a elevação da pressão arterial. Contudo, em adolescentes, a relação entre hábitos alimentares e níveis pressóricos ainda não está esclarecida (BRASIL, 2006).

Sexo e etnia:

A prevalência global de hipertensão entre homens indica que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década. A hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com elevado risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas. (BRASIL, 2006).

Socioeconômicos:

As diferenças socioeconômicas desempenham um papel importante na vida das pessoas pode determinar a sua saúde, para aqueles com melhores condições têm maior acesso a informações, uma melhor compreensão do quadro clínico e maior aderência. Existem taxas mais elevadas de doenças cardiovasculares nos grupos com menor nível socioeconômico.

Baixa escolaridade está associada a maiores taxas de doenças crônicas não transmissíveis, particularmente a hipertensão.

Ingestão de sal:

O consumo excessivo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. A relação entre seu aumento e a idade avançada é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta hipossódica têm menor prevalência de Hipertensão e os níveis pressóricos não se elevam com a idade (BRASIL, 2006). A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS.

Obesidade:

O excesso de massa corporal é um fator predisponente para Hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de níveis pressóricos elevados; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível ao sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado ao aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos. Estudos observacionais mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado. Outras pesquisas sugerem que obesidade central está mais fortemente associada com os níveis de pressão arterial do que a adiposidade total. Indivíduos com níveis pressóricos ótimos, que ao decorrer do tempo apresentam obesidade central, têm maior incidência de hipertensão. A perda de peso acarreta redução da pressão arterial. Estudos relatam que o excesso de peso está associada com aumento da prevalência de hipertensão arterial desde idades jovens, e na idade adulta, mesmo entre indivíduos não sedentários, um aumento de 2,4 kg / m² no IMC está em maior risco de desenvolver hipertensão.

No Brasil, a prevalência de obesidade ocorre nos estratos econômicos mais elevados, tornando esta população um grupo aparentemente de maior risco ao desenvolvimento de doenças associadas à obesidade. Além disso, o consumo alimentar é outro fator que pode estar independentemente associado à PA. (BRASIL, 2006).

Sedentarismo:

Segundo a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006) indivíduos sedentários apresentam maior risco, aproximadamente de 30%, em desenvolver hipertensão que os ativos. A realização de exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos, já os exercícios resistidos possuem efeito hipotensor semelhante, entretanto menos consistente. Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade.

Tabagismo:

Segundo Filho (2006), o tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública, configurando uma epidemia que compromete não só a saúde como também a economia do país e ao meio ambiente.

De acordo com alguns estudos epidemiológicos a nicotina causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando enrijecimento das paredes arteriais ou arteriosclerose além da aceleração da frequência cardíaca e conseqüentemente a hipertensão. Associada ao monóxido de carbono provoca diversas doenças cardiovasculares, problemas pulmonares como câncer, mas é igualmente nocivo para outros órgãos como estômago e garganta, desencadeando a liberação de toxinas no pulmão, podendo provocar enfisema no mesmo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Ingestão de álcool:

A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas. Sabe-se que o consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados causam o aumento da pressão arterial, cujo efeito pode variar de acordo com o gênero, e a sua magnitude de acordo com a quantidade de etanol e a frequência de sua ingestão. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está definitivamente estabelecido, mas verificou-se redução média de 3,3 mmHg (2,5 a 4,1 mmHg) na pressão sistólica e 2,0 mmHg (1,5 a 2,6 mmHg) na pressão diastólica com a redução no consumo de etanol. Estudo observacional indica que o consumo de bebida alcoólica fora de refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade de álcool ingerida (BRASIL, 2013).

COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Coração: Angina do peito, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas e os distúrbios da condução elétrica do coração.

Cérebro: A isquemia cerebral transitória é uma disfunção neurológica reversível, geralmente, durando poucos minutos. O acidente vascular cerebral ou derrame cerebral é uma disfunção neurológica mais duradoura, podendo deixar sequelas graves. O derrame cerebral poderá ser causado por uma obstrução ou sangramento de uma artéria cerebral (acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, respectivamente). A demência vascular.

Rins: Insuficiência renal crônica. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são a principal causa de insuficiência renal crônica no Brasil.

Vasos: A aterosclerose (formação de placas de gordura ou ateromas na parede das artérias) e as doenças da aorta (aterosclerose, aneurismas e dissecação aórtica aguda).

Olhos: Retinopatia hipertensiva podendo chegar à cegueira.

Estudos realizados com este tema apontam que fatores de risco como idade, sexo e estado nutricional atuam como determinantes para o desenvolvimento da hipertensão arterial, sendo que o risco é maior em indivíduos do sexo masculino, acima dos 40 anos e que se encontram com excesso de peso.

Entre os fatores desencadeantes da hipertensão destacam-se o tabagismo, o alcoolismo, o diabetes, o sedentarismo e a elevação das lipoproteínas de baixa densidade. A coexistência desses fatores desencadeia o aumento da pressão arterial e como consequência o alto risco da morbimortalidade. É bem provável que o processo da HAS seja adiado, se não evitado, através da prevenção da obesidade, redução moderada da ingestão de sódio, níveis mais elevados de atividade física e restrição do consumo excessivo de álcool. Logo a identificação de fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial é de fundamental importância, uma vez que se tem demonstrado que vários aspectos e lesões atribuídos à hipertensão são, na realidade, concomitantes ou antecedentes a ela (ALMEIDA et al., 2011).

Acredita-se que o conhecimento por parte dos indivíduos portadores de hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance de tais objetivos, não constituindo apenas uma transmissão de conteúdos referentes à patologia e ao tratamento, mas sim a promoção e a adaptação dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. Para se chegar a essa adaptação, é preciso que os indivíduos estejam motivados para que tais mudanças ocorram e, também, para que assimilem os conhecimentos que poderão melhorar a qualidade de vida dos mesmos

Assim, a partir desta abordagem esperasse maior adesão dos pacientes as mudanças de estilos de vida, uso correto da medicação, preocupação com o bom controle, em longo prazo da HAS e uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde (ALVES; NUNEZ, 2006).

4. METODOLOGIA

A intervenção envolve os pacientes cadastrados como hipertensos pela equipe de saúde na ESF Conventos do Município de Lajeado, Rio grande do Sul, com uma população total de 5787, distribuídas em 1811 famílias.

A população com HAS residentes na área da ESF Conventos é de 931 pessoas. O atendimento a este grupo etário é realizado todos os dias, onde participam a maioria dos integrantes da equipe: assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, médico clínico geral, odontólogos e assistentes de odontologia e outros membros, que seguem as atividades conforme protocolo do Ministério da Saúde.

Estratégias

Etapa 1.

Inicialmente é necessário identificar a população de hipertensos, com fatores de risco para desenvolver a doença é possível complicações. Esta investigação será conduzida pelo cuidado desses pacientes para consultas e visitas domiciliares.

Etapa 2.

Os pacientes hipertensos serão convidados a uma reunião na ESF para breve descrição dos objetivos e importância do projeto de intervenção e sua disponibilidade para o estudo.

Etapa 3.

Programação de visitas domiciliares e consultas de seguimento, tratamento e avaliação das respostas de cada um dos comportamentos listados.

Etapa 4.

As reuniões serão agendadas e realizadas cada quinze dias com determinados grupos e outros profissionais da saúde nas quais cada dia será discutido um tema relacionado com questões de diagnóstico, complicações, fatores de risco e tratamento da doença.

DIA	TEMA	RESPONSAVEL
1º dia	Acolhimento e explanação do projeto	Equipe de saúde da família
2º dia	Orientação, conduta e manejo adequado da hipertensão arterial.	Médico (Humberto Rivera Toledo)
3º dia	Importância do tratamento não farmacológico e farmacológico dos doentes	Médico e enfermeira (Ane Samuel Black)
4º dia	Proposta para modificar modo e estilo de vida para evitar a doença e complicações	Médico e enfermeira
5º dia	Como lidar com problemas econômicos e psicossociais das famílias envolvidas no estudo	Equipe de saúde da família
6º dia	Importância e vantagens do controle da doença para evitar descontrole e complicações.	Médico (Humberto Rivera Toledo)
7º dia	Discussão analítica e global do projeto. Aplicação do questionário; Confraternização.	Equipe de saúde da família

Os pacientes serão estimulados durante as consultas e visita domiciliar para cumprir com as indicações médicas e posteriormente serão avaliados os resultados nas reuniões.

Durante as reuniões quinzenais que serão realizadas com toda a equipe de saúde da família da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções sim necessárias. A aplicação do questionário permitirá avaliar os pontos positivos e negativos do projeto, os tópicos esperados e alcançados por eles com a intervenção.

5. CRONOGRAMA

AÇÕES	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17
Etapa 1		X				
Etapa 2			X			
Etapa 3				X		
Etapa 4					X	X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos humanos:

- Enfermeiro.
- Enfermagem. Téc/Aux.
- Agentes Comunitários de Saúde.
- População alvo.
- Profissionais Médico.

Recursos materiais:

- Sala para realização de grupos.
- Balança
- Esfigmomanometro
- Notebook.
- Caneta
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Apesar de possíveis dificuldades, há vários aspectos que viabilizarão a implementação da intervenção como o apoio do município, que tem uma visão mais centrada na prevenção das doenças e promoção da saúde. Acredita-se que a intervenção terá uma boa aceitação da população, pois algumas ações que já são desenvolvidas na ESF são bem aceitas desta forma.

O desenvolvimento deste projeto é fundamental para a melhoria da qualidade da atenção básica em saúde da comunidade, estimulando a mudança de hábitos e estilos de vida mais saudáveis, vinculando os pacientes e familiares a ESF garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático pela equipe de saúde e, assim efetivar os princípios do SUS da equidade, integralidade e da universalidade.

Dessa forma, devido à alta prevalência da HAS na população da área de abrangência e do evidente grau de descontrole desses pacientes, acreditasse que o projeto de intervenção pode melhorar as condições de saúde e de vida da população adstrita, reduzir a morbimortalidade relacionada às DCV e, indiretamente, reduzir os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

8. REFERÊNCIAS

1. NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, vol.17, n.1, jan/mar.2010,57p.
2. BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 1, p. 1 – 48 2006.
3. ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. Interface comum. Saúde educ., Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun. 2006.
4. SANTA, H. E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF, N. J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(12): 2389-98.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. São Paulo: 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz>. Acesso em: 11/10/2015
6. ALMEIDA, A. B. et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. APS. v. 14, n.3, p. 319-326, jul/set. 2011.
7. PINHEIRO, P. Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento. MD. Saúde. Disponível em <<<http://www.mdsaude.com/2009/02/insuficiencia-cardiaca.html>>> Acesso em abril de 2015.
8. Caderno de Atenção Básica n. 28; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Acolhimento à Demanda Espontânea Volume I. Brasília, 2011.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
10. ALMEIDA, A. B. et al. Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. Rev. APS. v. 14, n.3, p. 319-326, jul/set. 2011.

