JULIA GRAZIELA MAR LISBOA

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA USF IZOLINA CARDOSO, MUNICÍPIO DE ITACOATIARA, AM

ITACOATIARA, AM

Janeiro de 2018

JULIA GRAZIELA MAR LISBOA

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA USF IZOLINA CARDOSO, MUNICÍPIO DE ITACOATIARA, AM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.
Orientador(a): Fabio Franchi Quagliato.

ITACOATIARA, AM

Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 03

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO 07

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO 11

4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO 14

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA 20

6 REFERÊNCIAS 23

7 ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO 25

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Julia Graziela Mar Lisboa, me formei em Cuba, na Universidade de Ciências Médicas Carlos J. Finlay. Entrei na faculdade em 2009 e me formei em 2015, pela Escola Latinoamericana de Medicina – ELAM- pela Província de Camaguey. Foram 07 anos de muita dedicação aos estudos e muita superação em sobreviver em Cuba.

Em Cuba tudo é diferente, tinha toda uma dificuldade com internet, hoje está melhor as condições, mas antes era difícil se comunicar com os familiares aqui no Brasil. A dificuldade para mim estava também em ser outro idioma, tive que aprender a me comunicar com as pessoas de lá. Eles têm outra cultura, outra maneira de ver a vida, mas a maior dificuldade era a falta de comunicação.

Em relação ao lado positivo de se viver em Cuba, diz respeito a andar nas ruas sem se preocupar em ser assaltada, os índices de violência eram mínimos, as pessoas eram bem receptivas. O ensino da medicina era espetacular, os professores eram interessados em ensinar e os alunos também muito acolhedores.

Depois de me formar em Cuba, retornei ao Brasil em agosto de 2015 e entrei no Programa Mais Médicos em agosto de 2016, onde pude iniciar meus trabalhos na Unidade de Saúde da Família Izolina Cardoso, a qual está localizada na comunidade Santa Rosa, S/N bairro Rio Arari, cidade de Itacoatiara no Estado de Amazonas.

De acordo com os dados do IBGE (2017), “Itacoatiara é considerada o maior pólo agropecuário da Região Norte do Brasil, a cidade vem ocupando uma relevante posição nacional, sendo considerada uma das mais dinâmicas do Brasil, ocupando uma área de 8 891,993 km², representando 0.5661 % do Estado, 0.2308 % da Região e 0.1047 % de todo o território brasileiro. Desse total 10,2412 km² estão em perímetro urbano”.

A comunidade Santa Rosa possui uma população total de aproximadamente de 8064 pessoas, sendo destas, 4366 homens e 3698 mulheres, atendidos pela UBS.

Tabela 01: Distribuição da população atendida pela UBS Izolina Cardoso, na cidade de Itacoatiara, Amazonas.

População atendida pela UBS	
Mulheres	3698
Homens	4366
Total	8024

Fonte: Próprio autor, 2017

A UBS possui uma adequada estrutura física, bem localizada e consta apenas de uma equipe de saúde, sendo a mesma constituída por: 1 Enfermeiro, 1 médico, 2 Técnicas de Enfermagem, 2 Administrativos, 6 Agentes Comunitárias de Saúde e 1 Auxiliar de Serviços Gerais.

Tabela 2: Distribuição da quantidade de recursos humanos da UBS Izolina Cardoso, na cidade de Itacoatiara, Amazonas.

Equipe da UBS	**N**
Clínico Geral	01
Enfermeiro	01
Técnica de Enfermagem	02
Agentes Comunitários de Saúde	06
Auxiliar administrativo	02
Auxiliar de serviços gerais	01
Total	13

Fonte: Próprio autor, 2017

Na unidade também acontece atendimentos pelos profissionais do NASF, sendo eles: Fisioterapeuta, Técnica de Enfermagem, Dermatologista especialista em Hanseníase, Psicóloga e Nutricionista.

Na prática no atendimento na Unidade Izolina Cardoso, na comunidade Santa Rosa, pude perceber que se trata de uma região onde possui alta incidência e prevalência de doenças crônicas principalmente as doenças cardiovasculares em

destaque a Hipertensão Arterial Sistêmica. A Unidade Básica de Saúde abrange cerca de três mil pessoas e possui apenas uma equipe de saúde.

Atualmente, a população economicamente ativa vive basicamente do trabalho fora da região, principalmente em Manaus, da prestação de serviços e da economia informal. É alto o número de desempregados e subempregados. A causa de mortalidade mais frequente são as doenças cardiovasculares, seguidas de câncer.

A estrutura de saneamento básico na comunidade não está completa (77%), principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em região urbana, em moradias de condições medianas. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada, telefonia, luz elétrica. A taxa de analfabetismo não é elevado, existe principalmente entre os maiores de 50 anos, a grande maioria das crianças menores de 14 anos estão nas escolas.

Diante do cenário atual do país em relação ao número alto de portadores de doenças crônicas, propõe-se a realização de um projeto de intervenção (em anexo) com o seguinte título: Promoção da Saúde na Redução dos Índices de Doenças Crônicas como a Hipertensão Arterial, na Comunidade de Santa Rosa, na Cidade De Itacoatiara, AM.

O Projeto de Intervenção será direcionado aos Hipertensos atendidos pela Unidade de Saúde Izolina Cardoso, como público alvo das ações, num total de 120 hipertensos. As ações acontecerão por meio de palestras com rodas de conversa e dinâmicas em grupo para a comunidade, ocorrendo em 4 encontros que serão agendados e planejados, conforme a disponibilidade da equipe para atuação.

Diante das discussões geradas durante as reuniões com as equipes de saúde e o levantamento dos nós críticos da comunidade atendida da UBS, verificou-se que há na região uma alta demanda de pacientes principalmente idosos que possuem diversos fatores de risco para as doenças crônicas principalmente a HAS, sabe-se que muitos fatores de risco são imutáveis como a idade e a própria herança genética, no entanto, há outros fatores de risco que são fortemente controláveis e que auxiliará na prevenção não só de HAS, mas de outras doenças crônicas como a DM.

“A hipertensão arterial consiste em um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, com destaque para o Acidente

Vascular Encefálico e o Infarto Agudo do Miocárdio. No Brasil, o número de pessoas com hipertensão arterial é crescente. Estimativas indicam que há 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

“Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares foram as causas de óbito mais importantes no mundo no período de 2000 a 2012” (OMS, 2010).

“No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com Diabetes Mellitus, suas complicações têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015” (ABEGUNDE, 2007).

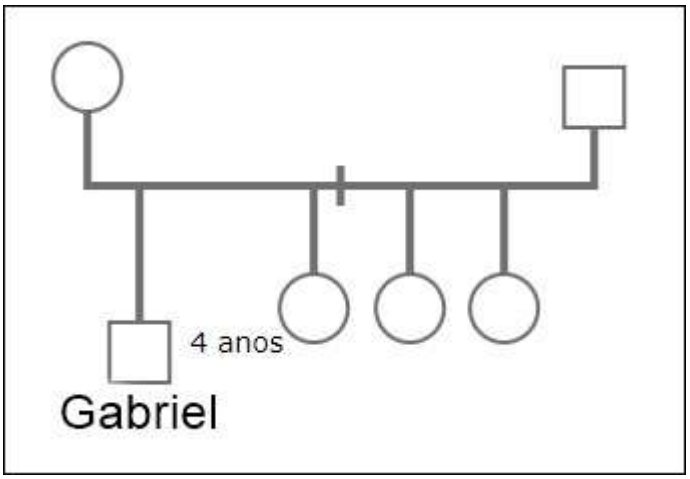
Entre as principais fragilidades detectadas em reunião com a equipe, foi possível perceber que não havia um dia de consulta específico para hipertensos e diabéticos, nos quais estes necessitam de um melhor acompanhamento em seu tratamento e dessa forma direcionei este problema para a elaboração do Projeto de Intervenção, com o objetivo realizar um trabalho de prevenção e promoção a saúde com a população que possuem fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis com foco na HAS.

Como fortalezas que a ESF possui para enfrentamento do problema, pode-se contar com uma equipe multidisciplinar (ACS, Técnica de enfermagem, Enfermeira, Dentista e Médico), ambientes abertos ao público como as praças da cidade na qual já nos reunimos duas vezes, a Igreja do Bairro onde rotineiramente acontecem as reuniões em grupo, a gestão municipal que sempre apoia os eventos da saúde, com recursos materiais que são disponibilidades pela Secretaria Municipal de Saúde.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O caso será de Gabriel (nome fictício), sexo masculino 4 anos de idade, caçula da família de uma prole de 4 filhos, pais separados, gravidez de risco, atraso no desenvolvimento cognitivo e motor, hipersensibilidade auditiva, hiperativo, apresenta dificuldade de deglutir alguns alimentos e não interage muito socialmente.

Genograma da família de Gabriel



Fonte do próprio autor

Na escola não interage com os colegas de classe, e quando fazem barulho ele se incomoda e vai pra longe dos colegas. Gabriel está no momento sem ir à escola, a mãe é separada do pai de Gabriel vive em uma situação sócio econômica difícil, recebe bolsa família, mora com sua mãe, a qual não trabalha.

"O Projeto Terapêutico Singular é uma forma de organização da gestão do cuidado, instituída no processo de trabalho em saúde entre as equipes da Atenção Básica. É uma ferramenta viabilizadora de diálogo interativo entre os profissionais envolvidos na Atenção Básica, permitindo o compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal de responsabilidade destas equipes" (UFSC, 2012).

As etapas são:

- Reconhecer um caso para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular;

- Definição de hipóteses diagnósticas;
- Definição de metas;
- Divisão de responsabilidades;
- Reavaliação.

Hipóteses Diagnósticas:

- Atraso no desenvolvimento cognitivo e motor;
- Hipersensibilidade auditiva;
- Hiperativo;
- Dificuldade de deglutir alguns alimentos e não interage muito socialmente.

Metas:

Na reunião da ESF, discutimos o caso de Gabriel, temos metas realizar como:

- Com a mãe o empoderamento e compreensão sobre a patologia da criança a médio prazo pois serão muitas consultas e acompanhamentos;
- Ir a escola para ver com é o dia a dia dele na mesma, uma meta a curto prazo,
- Ir a escola na primeira semana para que a criança não deixe de frequentar a mesma;
- E para os problemas motores e dificuldade de deglutir encaminhar para os médicos especialistas: meta a curto prazo.

Divisão de Responsabilidades – Equipe:

Iremos realizar o acompanhamento psicológico com a Psicóloga e com a fisioterapeuta do NAFS na própria unidade, com a assistente social e a psicóloga, para realizar a visita a escola para ver o dia a dia de Gabriel.

A médica irá realizar a consulta detalhada e fará os encaminhamentos necessários.

Temos odontólogo na ESF, que será encaminhado o mesmo para consulta regular e juntamente com consulta para sua mãe.

Reavaliação:

Serão necessárias discussões entre os profissionais da equipe e também momentos com a família para o acompanhamento adequado.

Fatores favoráveis:

1) Ter a equipe do NAFS contarmos com auxílio de todos;

2) As ACS são bem participativas e dispostas a ir atrás e realizar o acompanhamento;

3) A mãe está disposta a participar.

Fatores desafiadores:

1) Posto de difícil acesso;

2) Realizar tudo sem ter recursos;

3) Longe para visitar os pacientes.

Condutas:

1) Solicitar auxilio de transporte;

2) Realizar as consultas na própria ESF com a equipe do NAFS;

3) Os encaminhamentos para os especialistas;

4) Orientar a mão dieta pastosa e alimentos de fácil deglutição.

5) Orientar acompanhamento escolar especial

Mesmo diante de fatores desafiadores percebemos que é possível implementar o PTS e obter resultados satisfatórios para a saúde das pessoas envolvidas neste caso.

Acompanhamento do caso

Depois de 30 dias, Gabriel retornou a ESF para nova avaliação. Está fazendo tratamento com fonoaudiólogo, cujo relatório apresenta uma evolução no quadro, onde Gabriel, consegue deglutir melhor os alimentos.

Segundo o site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade:

> “A abordagem mais utilizada para o tratamento do TDAH é a abordagem combinada (multimodal), que consiste no uso de medicamentos associado a recursos complementares para melhorar a resposta final do paciente. Isso pode incluir a utilização de intervenções psicoterápicas, fonoaudiológicas, psicopedagógicas, mudanças no estilo de vida, além do uso de recursos tecnológicos e ajustes no ambiente onde o paciente está inserido” (ABDA, 2017, p. 01).

Para a hiperatividade, está com tratamento psicopedagógico e psicoterápico, com uso de medicamentos associados. Acredito que seja o tratamento mais indicado e eu deva acompanhar o caso de Gabriel, como médico de saúde da família, para possíveis intercorrências e registrar sua evolução.

O diagnostico desse caso foi apurado mediante idas do paciente ao especialista em comportamento infantil (psicólogo) segundo a mãe, e mais tarde evidenciada por seu comportamento.

Segundo a ABDA (2017), o diagnóstico de hiperatividade vem acompanhado “de impulsividade - são os dois lados da mesma moeda. Como não consegue controlar o impulso de fazer algo, de se mover, de mexer ou buscar, acaba exteriorizando-o no movimento. Com a distração é diferente. Primeiro, porque dificilmente pode-se falar em concentração quando a criança é pequena. Esta é uma capacidade que elas ainda não desenvolveram. O que muitas vezes ocorre é que crianças não-hiperativas, por serem mais tranquilas, permanecem por mais tempo numa atividade, por exemplo a brincadeira, levando os pais a concluírem que ela está concentrada".

A medicação indicada para o caso foi Ritalina 10Mg, pois o tratamento medicamentoso auxilia a minimizar os sintomas do curto prazo e irá ajudar o paciente quando este ingressar na escola, para melhorar sua capacidade de concentração nos conteúdos. O Paciente segue sendo acompanhado pela UBS, e quando necessário a especialistas.

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

Como já foi explicado na introdução desse trabalho, enquanto médica de saúde da família, atuo na Unidade Izolina Cardoso, onde temos muitos atendimentos em grupo de promoção, prevenção e educação em saúde para diabéticos, hipertensos, crianças, gestantes, adolescentes.

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade, visando a qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes.

Como prevenção em saúde, aprendi com o curso de especialização em saúde da família, que existem a prevenção primária, secundária, terciária e quaternária. A primeira se trata da promoção da saúde, a segunda de evitar complicações de uma doença já existente, a terceira envolve a reabilitação de lesões causadas por determinada doença, e a quarta abrange os erros ou equívocos médicos.

Algumas ações de prevenção são prioritárias na Unidade Izolina Cardoso, tais como:

1.Alimentação Saudável;
2. Prática Corporal/Atividade Física;
3. Prevenção e Controle do Tabagismo;
4. Redução da morbidade e mortalidade em decorrência uso abusivo de álcool e outras drogas;
5. Redução da morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito;
6. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
7. Promoção do desenvolvimento sustentável.

“Educar é uma maneira de construir cidadania, formar indivíduos conscientes de seus direitos e deveres e capazes de lutar por eles. Além disso, a educação é capaz de proporcionar ao homem a compreensão de sua realidade, permitindo-lhe desafiá-la em busca de soluções para o enfrentamento dos problemas individuais e coletivos” (ACIOLI, 2008).

A agenda programada da UBS mostra o atendimento em grupos com as gestantes e demais grupos da Unidade:

DIA	MANHA	TARDE
SEGUNDA	Acolhimento com classificação de risco para a demanda espontânea; 4 consultas programadas; 15 consultas demandas espontâneas;	puericultura programada
TERÇA	Acolhimento com classificação de risco para a demanda espontânea; 4 consultas programadas; 15 consultas demandas espontâneas;	Grupos de hipertensos e diabéticos
QUARTA	Acolhimento com classificação de risco para a demanda espontânea; 4 consultas programadas; 15 consultas demandas espontâneas;	Atendimento de pré-natal programado
QUINTA	Acolhimento com classificação de risco para a demanda espontânea; 10 consultas demandas espontâneas; 10 consultas em ginecologia programada;	Visitas domiciliares; Ginecologia
SEXTA	Acolhimento com classificação de risco para a demanda espontânea; 4 consultas programadas; 15 consultas demandas espontâneas;	Reunião com a equipe.

É sabido que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é imprescindível na atenção primária de saúde. Enquanto médico da Unidade de Saúde, eu e minha equipe procuramos acompanhar o crescimento através das consultas de puerpério e registrar os dados tanto no prontuário quanto na Caderneta de Saúde da Criança (CSC).

De acordo com Palombo *et al* (2014), a “Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é destinada a todos os nascidos em território brasileiro e reúne o registro dos mais

importantes eventos relacionados à saúde da criança. O preenchimento deve ter início na maternidade com o registro das informações sobre o parto, condições de alta do bebê, primeiras vacinas e exames ou testes realizados, e sua continuidade deve ser dada, preferencialmente, pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde a análise da CSC deve ser o primeiro cuidado prestado ao recém-nascido".

A CSC é para o registro da avaliação do peso, altura, estado nutricional e de desenvolvimento, vacinação e intercorrências, bem como orientações à mãe/família/cuidador.

"Os profissionais de saúde, no momento do atendimento às demandas da família nos serviços de saúde, podem contribuir imensamente para que homens e mulheres se conscientizem da importância de ambos no cuidado de seus filhos e para que partilhem as responsabilidades como cuidadores e como provedores. Pais e/ou mães biológicos ou adotivos, afetuosos e conscientes dos seus papéis, são essenciais para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes" (BRASIL, 2010).

Referente aos impactos das ações, pode-se dizer que são positivos e estão relacionados com o bem-estar do paciente e qualidade na atenção prestada dos serviços de saúde, principalmente durante o pré-natal, melhorando a qualidade de vida da gestante e do bebê.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

A visita domiciliar na USF Izolina Cardoso ocorre em dias alternados, de acordo com os profissionais que a executam, onde temos num total atualmente de 35 pacientes domiciliados e organizados para receber visitas. O dia da minha visita é geralmente toda sexta feira, toda semana, mediante a classificação dos pacientes, como observado abaixo:

Classificação de atendimento das visitas domiciliares na UBS Izolina Cardoso, 2018.

Risco Máximo	Visitas semanais
Risco Médio	Quinzenais
Risco Mínimo	Mensais

Fonte: Próprio autor, 2018.

Na USF, para realizar a VD, é feito um planejamento antes, conforme risco e procedimentos, assim são designados os profissionais mais competentes para cada caso, e durante a realização segue-se o seguinte roteiro:

•Agendamento da visita;

•Designação dos profissionais responsáveis;

•Abordagem da família;

•Abordagem do paciente;

•Observação do ambiente, da casa, das condições de moradia, saúde, saneamento básico, coleta de lixo, frequência de consultas e atendimentos na UBS;

•Se houver, realizar curativos, aferir PA, dextro, administrar medicações e controlar estas;

•Anotar/registrar todos os procedimentos e o que foi feito durante a visita;

•Reunir equipe para discutir o caso.

De acordo com Mendes e Oliveira (2007), a visita domiciliar destaca-se como:

> “Cuidado prestado no domicilio para pessoas com problemas agudos e que em função disto, estejam temporariamente impossibilitadas a comparecer á unidade de saúde, constituindo um instrumento de atenção a saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do individuo e sua família no local onde moram, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, permitindo-nos atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravo de doenças. A visita domiciliar possibilita a concretização da longitudinalidade, integralidade acessibilidade e a interação entre o professional, o usuário e sua família” (MENDES; OLIVEIRA, 2007, p. 14).

Os critérios de inclusão da assistência domiciliar são: ser morador da área de abrangência; presença de cuidador; família deseja a assistência domiciliar; estar com a condição clínica comprometida e grau de perda funcional, além de dependência para a realização das atividades da vida diária.

Na minha prática, realizei assistência domiciliar para a paciente MD, de 50 anos de Idade, do sexo feminino, foi diagnosticada com Hipertensão Arterial há mais de 10 anos, em uso Losartana de 50 mg 1 comprimido ao dia e AAS de 100 mg um comprimido ao dia.

Paciente sofreu um Acidente Vascular Cerebral hemorrágico com hemiplegia esquerda, mora com seu esposo e dois filhos. O familiar dela informou ter apresentado tonturas frequentes, cefaleia e visão turva. No exame físico apresentou cifras de pressão arterial de 170/100, informando para os familiares que o quadro apresentado era pela não adesão ao tratamento e importância do mesmo para evitar complicações. Paciente teve hemiplegia do lado esquerdo como sequelas, e agora é cadeirante e dependente de seus familiares. Apresenta dificuldades na fala.

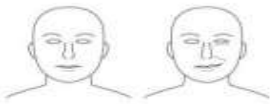
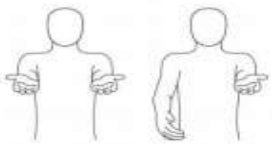
Condutas tomadas:

- Controle da PA: registrar todos os dias os valores;
- Encaminhamento ao Neurologista, para TC e Ressonância;
- Encaminhamento a fisioterapia;
- Encaminhamento para fonoaudióloga;

- Mudança na medicação: prescrito nimodipino 30mg 1 cp 12/12hs; Enalapril 10mg 1 cp manhã; AAS 100mg, Losartana 50mg 1cp noite, polivitamínico, sinvastativa 40mg.
- Educação em saúde da família para lidar com paciente com sequelas de AVC e tratar a hipertensão, que é a desencadeadora;

Primeiramente, a equipe recebeu um treinamento feito por mim sobre o AVC, seus aspectos clínicos e fisiológicos, onde apresentei este quadro do Ministério da Saúde:

Conduta frente a paciente com quadro sugestivo de AVC na Atenção Primária à Saúde
1. Identificar data do início dos sintomas.
2. Identificar hora do início dos sintomas.
3. Aferição dos sinais vitais e glicemia capilar.
4. Verificar história de diabetes, epilepsia, demência (excluir delirium*) e dependência química (álcool**).
5. Aplicar escala de Cincinatti.
*delirium: insuficiência cerebral reversível caracterizada por hipoatividade ou hiperatividade. Pode ser causado por infecções (pulmonar, urinária, intestinal); por distúrbios metabólicos (insuficiência renal aguda, hiponatremia) ou medicamentos (benzodiazepínicos, neurolépticos) ** a abstinência do álcool causa *delirium tremens* caracterizados por tremores, ansiedade, insônia, inquietação e alucinações. Costuma iniciar 6 horas após diminuição ou interrupção do uso de álcool.

Escala de Cincinatti					
Dê um sorriso 		Levante os Braços 		Fale a frase: o Brasil é o rei do futebol.	
( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado	( ) Normal	( ) Alterado
Um dos critérios alterados é sugestivo de AVC					

Fonte: Adaptado de **Manual de rotinas para atenção ao AVC,** Ministério da Saúde (2013).

Foi utilizado o manual do Ministério da Saúde: Manual de rotinas para atenção ao AVC, de 2013, com intenção de capacitar a equipe para reconhecer as características de um AVC e poder socorrer o paciente a tempo, ou identificar possíveis fatores de risco para comunicar a equipe.

A hipertensão Arterial descontrolada é o principal vilão desse acontecimento (AVC), pois ela aumenta as chances de distúrbios cardiovasculares e alterações funcionais em vários órgãos, dificultando a qualidade de vida do paciente. Desse modo, o objetivo principal nesse caso abordado é acertar os valores normais da PA e orientar paciente e familiares a como proceder no dia-a-dia e prevenir novas complicações.

“A hipertensão está frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal” (MALACHIAS et al., 2016; BRASIL, 2013).

Sabemos que a hipertensão arterial tem “evolução lenta e silenciosa cujo plano terapêutico, requer a adoção de hábitos cotidianos saudáveis e o cumprimento rigoroso da prescrição de medicamentos. No entanto, a prática nos serviços de saúde da família tem mostrado uma baixa adesão ao tratamento, favorecendo, a longo prazo, o aparecimento de lesões em órgãos-alvo e consequente mortalidade, o que representa um importante problema de saúde pública” (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008; GUSMÃO et al, 2009).

Diante do exposto, é importante envolver ações no âmbito da atenção básica que contribua para redução da incidência e prevalência de HAS devido ao impacto na saúde e funcionalmente na vida do paciente, assim, buscar medidas entre a equipe de saúde para maior adesão do paciente e da comunidade no tratamento da doença e promover o conhecimento a respeito da HAS, seus fatores de risco e formas de prevenção são essenciais para o contexto diário da realidade de uma UBS.

Essas ações permitem a equipe de saúde conhecer o perfil dos usuários da unidade, possibilitando uma abordagem de forma a prevenir os agravos à saúde, através de práticas educativas, trazendo os pacientes hipertensos para o centro do cuidado de sua própria saúde.

“A reversão da baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial apresenta-se como um desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde e depende, inicialmente, da identificação das características peculiares das diferentes clientelas de idosos portadores de hipertensão arterial” (ROMERO, et al, 2010).

CONDUTA DIANTE DO CASO:

Em reunião com a equipe, decidimos fazer uma abordagem familiar com educação em saúde no próprio domicílio do paciente, que aconteceria durante as visitas. Seria feita uma roda de conversa, abordando vários temas sobre a HAS, como seus fatores de riscos, formas de prevenção, benefícios da adesão ao tratamento e consequências da hipertensão nos órgãos alvos.

- 1º encontro-visita: Na visita de retorno, que seria um primeiro encontro com a família e com a paciente para a educação sem saúde, foi abordado o tema: Como é seu tratamento? Que tinha como objetivo que a paciente e sua família contasse como são atendidas na Unidade, qual o tratamento medicamentoso que seguem, se praticavam alguma atividade física e como era sua alimentação. Esse primeiro encontro foi mais para estabelecer laços de apresentação, acolhimento e confiança com os participantes. Esse primeiro encontro durou cerca de uma hora, entre apresentações, conversas e conceitos da hipertensão arterial. Tiramos dias específicos para visitar essa paciente.

- 2º encontro-visita: No segundo encontro, foi apurado o prontuário da paciente, seu tratamento e dias de visita, encaminhamentos e receitas. Foi realizada em ficha de triagem no local com aferição da PA: 140x90mmHg. Paciente e família confirmou que está tomando os medicamentos corretamente agora. Na Educação em saúde, o tema abordado foi: pressão nas alturas, o que fazer? No qual realizei uma conversa sobre valores da PA, como procurar tratamento, procurar a ESF, e comparecer a consultas contínuas. Expliquei também sobre a importância de comunicar ao médico (a) da unidade a rotina em relação a alimentação e atividade física. Este encontro durou cerca de quarenta e cinco minutos, devido a muitos questionamentos por parte da família referente a alimentação, ao que pode comer e o que não pode, se poderiam ir direto na ESF aferir a PA. Dúvidas rotineiras que a equipe de saúde deve estar preparada para responder. Sobre a alimentação saudável, discutimos como a família deve elaborar os produtos alimentícios, que é uma forma de detectar o teor de sal <Na+ diário consumido por eles. Encaminhei a paciente a nutricionista da NASF, a qual será agendada visita da mesma para a paciente, para dieta hipossódica e saudável.

- 3º encontro-visita: Seguimos apresentando o tema: vamos nos exercitar? Este tema abordou as principais atividades físicas que hipertensos podem fazer e a alimentação que podem seguir, em parceria com uma nutricionista e um educador físico amigos da ESF. Foram passados vídeos sobre o tema e o educador físico fez uma atividade dinâmica de exercícios de alongamento para a paciente, com auxílio do convidado Fisioterapeuta amigo meu, que tirou um tempo a meu pedido, para ver esta paciente em sua residência, já que por enquanto não consegue comparecer as sessões de fisioterapia devido ao AVC. Trabalhamos também com foco na prevenção da hipertensão e promoção da saúde, pois as rodas de conversas são espaços de troca de experiências e informações. Ao final da roda de conversa, entregamos um parelho de aferir PA de pulso, recebido com doação de toda a equipe a paciente, para que a família possa acompanha-la melhor e anotar os valores registrados, de modo a ter um melhor acompanhamento nas consultas conseguintes.

A equipe de saúde realiza visita domiciliar diária, pelos Agente de saúde e enfermeira, para a verificação da Pressão Arterial no domicilio da paciente e o cumprimento do tratamento, dinâmica familiar para conscientizar sobre a importância de participar no cumprimento do tratamento indicado para controle das doenças e evitar outras complicações e atividades de Educação em saúde.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Concluo com este portfólio que o curso de Especialização em Saúde da Família foi muito proveitoso, pois desde a aprendizagem do eixo I até o eixo II, aprendi teorias que pude associar com a minha prática enquanto médica da atenção primária em saúde.

No Eixo I, o aprendizado foi produtivo, pois esteve relacionado as principais atividades em meu exercício enquanto médica da família, pude compreender a importância de conhecer o território de abrangência e as características da população atendida, que colaborou para definir os aspectos relacionados a saúde e a doença dessa população.

Assim, acredito que o Sistema de Informação do SUS pode ser usado como várias formas de contribuição para a equipe. As informações sobre as famílias atendidas, as pessoas e sobre o território irão influenciar de maneira positiva na elaboração de planos e metas, de ações de saúde voltadas para esses dados epidemiológicos. Assim, a equipe terá maiores informações da comunidade, dos casos mais prevalentes e poderão elaborar metas para a promoção da saúde.

Com as informações coletadas, ocorre a análise situacional de saúde, que é importante pois fornece dados pertinentes ao território adscrito, onde a UBS atende a população. Desse modo, a problematização aborda como ocorre essa análise situacional.

De acordo com o Planeja SUS (2008), “a análise situacional se trata de um processo de coleta de dados para identificar, formular e priorizar problemas de uma determinada população, com o objetivo de identificar os principais problemas e propor soluções para estes”.

Assim, essa análise permite coletar dados dessa população, de modo a elaborar indicadores de saúde para conhecer as condições de vida, com o objetivo de planejar melhor o atendimento e assistência as pessoas cadastradas na Unidade de Saúde.

Marques (2015), complementa que a “análise deve ser realizada através de um diagnóstico situacional que aborda as condições de saúde da população, a gestão em saúde, e os determinantes e condicionantes de saúde, sendo estes últimos referidos como os indicadores de saúde de uma população”.

Aprendi muito ao estudar sobre o SOAP e a Saúde baseada em evidências, que leva a aprimorar cada vez mais os conhecimentos adquiridos e servem para estabelecer confiança naquilo que é passado ao paciente através da consulta clínica.

Prezo muito pelo sistema de alimentação de dados da UBS Belo Monte, pois os dados sobre a situação de vida da população são importantes e em conversa com a minha equipe de saúde da família, acreditamos que existem algumas dificuldades para a implantação do e-SUS, tais como a alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de forma regular e consistente, pois pela falta de infraestrutura torna-se uma tarefa a longo prazo.

Mediante o uso do SIAB, para coletar informações temos: “Ficha de Cadastramento da Família (Alimentado pelo ACS); Ficha de Cadastramento Individual**;** Ficha de Atendimento Individual (onde o paciente é Acolhido, passado pela Auxiliar de enfermagem onde a mesma realiza a triagem); Ficha de Atendimento Odontológico**;** Ficha de Visita Domiciliar (A equipe realiza a V.D uma vez na semana e obrigatoriamente devemos preencher e alimentar o sistema); Ficha de Atendimentos a Gestante (Alimentamos o SIS-PRENATAL, damos seguimentos a gestantes); Alimentamos o SISCAM**:** Protocolamos todos os pacientes de risco e com exames); Ficha de Procedimentos**:** (incluindo vacinação, realização de drenagem, suturas, lavagem de ouvido, inserção de DIU, entre outros)” (BRASIL, 2017).

Como sugestão e apontamentos diante da minha prática, é notável que a equipe tem que melhorar também o acolhimento da demanda espontânea, as práticas de acolhimento devem ser reavaliadas e renovadas para melhor atender a população.

A equipe multidisciplinar da UBS onde trabalho é uma equipe que está disposta a alcançar e vencer essas dificuldades para conseguir implementar o PMAQ, pois sabem da importância que tem dos serviços de atenção básica serem avaliados, pois assim podem melhorar a qualidade no atendimento da unidade de saúde.

Ainda no Eixo I, aprendi que as reuniões de equipe, no cotidiano de trabalho, são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões. Desse modo, as reuniões de equipe podem ser importantes dispositivos para o delineamento do trabalho, por meio de discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar,

desenvolvimento de atividades em educação permanente e avaliação sistemática do cotidiano da equipe.

Na UBS onde atuo, existem algumas dificuldades quando a equipe se reúne para discutir algum caso ou as metas e planejamentos. Existem dificuldades de tomar decisões no coletivo e quando o assunto é polêmico, as discussões se estendem mais do que a solução. Pude compreender ao longo do curso, que o mentor da reunião deva conduzir bem, dando tempo para cada um se expor e saber até onde estender a reunião.

No eixo II, foram abordados os casos clínicos complexos, voltados a estimular o conhecimento no atendimento das pessoas e famílias que frequentam uma unidade de saúde, onde por exemplo, foi possível aprender sobre abordagem familiar nas visitas domiciliares e como elaborar o genograma, que antes a equipe não realizava e depois do curso, passamos a implementar.

“Dentre as ferramentas de abordagem familiar em atenção primária à saúde, as mais utilizadas são: genograma, ciclo de vida familiar, FIRO (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*), PRACTICE (*Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology*) e a Conferência Familiar” (MOYSÉS et al, 1999).

Ainda no eixo II, houve a elaboração do portfólio do TCC, onde buscou-se conhecer a Unidade de Saúde na qual trabalho e o território atendido. Logo, estabeleceu-se um estudo de caso voltado para a Hipertensão, doença crônica que deve ser constantemente acompanhada pela equipe de saúde. Foi trabalhado também as formas de prevenção e promoção da saúde através da educação em saúde. E por fim, a importância da visita domiciliar e como está é realizada na Unidade.

Este portfólio foi de grande importância pois reuniu conhecimentos que foram adquiridos ao longo do curso de Especialização, os quais contribuíram para melhorar cada vez mais o meu atendimento na prática e aumentar a qualidade do tratamento, acompanhamento e prevenção dos agravos a saúde.

6 REFERENCIAS

ABDA. Site da Associação Brasileira de Déficit de Atenção e Hiperatividade (ABDA). **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**. 2017. Disponível em: <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/tratamento.html>. Acesso em 25 de Junho de 2017.

ABEGUNDE, D.O, et al. A carga e os custos das doenças crônicas nos países de baixa renda e de renda média. **Lancet.** 370(9603):1929-38, 2007.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 61, n. 01, p. 117-121, fev. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BLOCH KV, MELO AN, NOGUEIRA AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão**. Cad Saúde Pública.** 24(12):2979-84, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB,** 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>. Acesso em 14 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. PLANEJA SUS. **Análise Situacional de Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Itacoatiara,** AM. 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130190> . Acesso em 30 de julho de 2017.

GUSMÃO JL, et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens.** 16(1):38-43, 2009.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 107, n. 3Supl.3, p. 1-83, 2016.

MARQUES, Lara Dinis. Situação de Saúde do Município de Panambi: avanços e desafios para a gestão. **Tese.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

MENDES, Artur Oliveira; OLIVEIRA, Fernanda Araújo. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para umolhar ampliado do profissional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 2, n. 8, p. 253-260, nov. 2007.

MOYSÉS, S. T. et al. Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento: genograma: uso em saúde da família. ***Revista Médica do Paraná*,** Curitiba, v. 57, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 1999.

OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** [Internet] 2010. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/05/linhas_cuidado_hipertensao_ diabetes.pdf>. Acesso em 13 de janeiro de 2018.

PALOMBO, C. N. et al. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(Esp):60-7.

ROMERO AD, et al. Características de uma populacáo de ido- sos hipertensos atendida numa unidade de saúde da famílía. **Rev Rene**, 11(2):72-8, 2010.

SCALA LC, MAGALHÃES LB, MACHADO A. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica.** In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; p. 780-5, 2015.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. **Projeto terapêutico singular** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Fernanda Alves Carvalho de Miranda; Elza Berger Salema Coelho; Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

JULIA GRAZIELA MAR LISBOA

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE DOENÇAS CRÔNICAS COMO A HIPERTENSÃO ARTERIAL, NA COMUNIDADE DE SANTA ROSA, NA CIDADE DE ITACOATIARA, AM

ITACOATIARA -AM

2017

RESUMO

O objetivo deste trabalho é reduzir os índices de hipertensão arterial sistêmica na população atendida pela USF Izolina Cardoso, através da educação em saúde. Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica, utilizando a metodologia de orientações sobre a prevenção e como lidar com a hipertensão arterial para a população hipertensa atendida pela Unidade. O cenário da intervenção desse projeto é na Unidade de Saúde da Família Izolina Cardoso, a qual está localizada na comunidade Santa Rosa, S/N bairro Rio Arari, cidade de Itacoatiara, onde são atendidas cerca de 588 pessoas hipertensas, onde 80% dessas apresentam idade superior ou igual a 60 anos, consideradas idosas, e os outros 20% é formado por pessoas acima de 30 anos que apresentam hipertensão arterial. Serão convidados a participar deste projeto de intervenção as pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial, cadastradas na Unidade de Saúde. Espera-se que com este projeto, as pessoas convidadas compareçam e compreendam as informações que serão passadas, para que a longo prazo, venha reduzir os índices de hipertensão com sua prevenção.

Palavras-chave: Saúde do Adulto. Hipertensão. Educação em Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 03

2 OBJETIVOS 05

2.1 OBJETIVO GERAL **05**

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS **05**

3 REVISÃO DE LITERATURA 06

4 MÉTODOS 11

5 CRONOGRAMA 12

6 RECURSOS NECESSÁRIOS 13

6.1 RECURSOS HUMANOS **13**

6.2 RECURSOS MATERIAIS **13**

7 RESULTADOS ESPERADOS 14

REFERÊNCIAS 15

1 INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção será realizado na Unidade de Saúde da Família Izolina Cardoso, a qual está localizada na comunidade Santa Rosa, S/N bairro Rio Arari, cidade de Itacoatiara no Estado de Amazonas.

De acordo com os dados do IBGE (2017), Itacoatiara é considerada o maior pólo agropecuário da Região Norte do Brasil, a cidade vem ocupando uma relevante posição nacional, sendo considerada uma das mais dinâmicas do Brasil, ocupando uma área de 8 891,993 km², representando 0.5661 % do Estado, 0.2308 % da Região e 0.1047 % de todo o território brasileiro. Desse total 10,2412 km² estão em perímetro urbano.

Na prática no atendimento na Unidade Izolina Cardoso, na comunidade Santa Rosa, pude perceber que se trata de uma região onde possui alta incidência e prevalência de doenças crônicas principalmente as doenças cardiovasculares em destaque a Hipertensão Arterial Sistêmica. A Unidade Básica de Saúde abrange cerca de três mil pessoas e possui apenas uma equipe de saúde.

Atualmente, a população economicamente ativa vive basicamente do trabalho fora da região, principalmente em Manaus, da prestação de serviços e da economia informal. É alto o número de desempregados e subempregados. A causa de mortalidade mais frequente são as doenças cardiovasculares, seguidas de câncer.

A estrutura de saneamento básico na comunidade não está completa (77%), principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em região urbana, em moradias de condições medianas. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada, telefonia, luz elétrica. A taxa de analfabetismo não é elevado, existe principalmente entre os maiores de 50 anos, a grande maioria das crianças menores de 14 anos estão nas escolas.

O total de domicílios era de 1482 e a densidade domiciliar de 3,2 habitantes por residência. Mas sabe-se que esses dados são subestimados, pois nos últimos anos a área cresceu muito em residências e em moradores, sendo que muitas dessas áreas estão descobertas de ACS e, consequentemente, de assistência. Hoje

estima-se uma população de 8064 pessoas.

Diante das discussões geradas durante as reuniões com as equipes de saúde e o levantamento dos nós críticos da comunidade atendida da UBS verificou-se que há na região uma alta demanda de pacientes principalmente idosos que possuem diversos fatores de risco para as doenças crônicas principalmente a HAS, sabe-se que muitos fatores de risco são imutáveis como a idade e a própria herança genética, no entanto, há outros fatores de risco que são fortemente controláveis e que auxiliará na prevenção não só de HAS, mas de outras doenças crônicas como a DM.

Sabe-se da importância da atuação da atenção primária no intuito de reduzir os fatores de risco para as DCNT e propor estratégia de prevenção e promoção a saúde para a comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um plano de ação para modificar os hábitos e estilos de vida com vista a redução da morbidade e mortalidade devido as doenças crônicas como a hipertensão, na comunidade de Santa Rosa, município de Itacoatiara, AM.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o trabalho e capacitar a equipe sobre a hipertensão arterial;
- Realizar visita domiciliar com os Agentes comunitários de saúde para convidar a população para participar da educação em saúde;
- Elaborar o planejamento das ações educativas;
- Realizar o círculo de cultura com as pessoas convidadas;
- Avaliar as ações educativas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A pressão arterial é aquela existente no interior das artérias e comunicada às suas paredes, sendo a pressão que o sangue exerce na parede das artérias, onde PA pode ser calculada pelo produto da resistência vascular periférica total pelo débito cardíaco (ESPERANDIO *et al,* 2013).

Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, sistematicamente, igual ou maior que 14 por 9. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p.14):

> Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2010, p. 14).

O desenvolvimento de hipertensão depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, embora ainda não seja completamente conhecido como estas interações ocorrem. Sabe-se, no entanto, que a hipertensão é acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial. Assim a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular (ESPERANDIO *et al,* 2013).

Segundo Mansour, Monteiro e Luiz (2016):

> Dentre os fatores que modificam o débito cardíaco, deve-se mencionar as alterações da volemia, da contratilidade do miocárdio e da frequência cardíaca. Já a regulação da resistência vascular periférica depende do complexo mecanismo de regulação da resistência das arteríolas, no qual atuam de modo interrelacionado: o balanço de eletrólitos, especialmente do sódio, do potássio e do cálcio; o sistema

> renina-angiotensina-aldosterona; os baroceptores do seio carotídeo, do arco aórtico e do átrio direito; neurotransmissores como a epinefrina e a norepinefrina; e hormônios de diversas glândulas (hormônio antidiurético, ACTH, cortisol, prostaglandinas, sistema calicreína-cinina, hormônio natriurético renal, dentre outros) (MANSOUR; MONTEIRO; LUIZ*,* 2016).

Ainda de acordo com Mansour, Monteiro e Luiz (2016), o sistema renina-angiotensina está envolvido no controle fisiológico da pressão arterial e no controle do sódio. Tem importantes implicações no desenvolvimento da hipertensão renal e deve estar envolvido na patogênese da hipertensão arterial essencial. O papel do sistema renina-angiotensina-aldosterona a nível cardíaco, vascular e renal é mediado pela produção ou ativação de diversos fatores de crescimento e substâncias vaso-ativas, induzindo vasoconstricção e hipertrofia celular.

Segundo o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2010).

Diversos estudos demonstram uma prevalência elevada de hipertensão arterial na população brasileira. Estudos mais recentes demonstram uma prevalência de 26% da população geral adulta, variando conforme o estudo e a localidade pesquisada de 22,3 até 44% conforme dados da última diretriz. O índice de prevalência de hipertensão varia numa mesma população de determinada origem conforme ocorrem migrações, portanto o ambiente é um importante fator determinante. A urbanização, os hábitos sociais e a atividade profissional são determinantes maiores (NOGUEIRA *et al*, 2007).

Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos (RADIGONDA *et al*, 2016).

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), os principais fatores de risco da hipertensão arterial são:

- Idade: A pressão arterial aumenta linearmente com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais frequentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica;
- Sexo e Etnia: A prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas;
- Fatores socioeconômicos: Nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados;
- Sal: O excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de hipertensão arterial. A relação entre aumento da pressão arterial e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal. Povos que consomem dieta com reduzido conteúdo deste têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade;
- Obesidade: O excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial16; 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos;

- Álcool: O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à freqüência de ingestão. O efeito do consumo leve a moderado de etanol não está defi nitivamente estabelecido. Verifi ca-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;

- Sedentarismo: O sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio apresenta efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. O exercício resistido possui efeito hipotensor semelhante, mas menos consistente.

De acordo com Ferreira *et al* (2015), o diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial.

Assim, para que um adulto (de 18 anos ou mais) seja diagnosticado clinicamente como hipertenso, o Ministério da Saúde preconiza duas ou mais leituras por visita, em ao menos duas visitas subsequentes; tais leituras devem ser feitas com técnica padronizada; toma-se a média das leituras (VITOR *et al*, 2011).

Segundo Vitor *et al* (2011), os níveis de corte para a Pressão Arterial Sistêmica (PAS) são os seguintes:

— normotensos: PAS < 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg;
— hipertensos: PAS >160 mm Hg e/ou PAD > 95 mm Hg;
— hipertensos "borderline" (ou "limítrofes"): PAD > 90 e < 95 mm Hg e/ou PAS > 140 e < 160 mm Hg.

Os critérios de corte para a Pressão Arterial Diastólica (PAD) são os seguintes:
— HA leve: PAD 90-104 mm Hg;

— HA moderada: PAD 105-114 mm Hg;
— HA grave (severa): PAD > 115 mm Hg;
— HA sistólica isolada: PAS >160 mm Hg e PAD < 90 mm Hg.

São considerados normotensos apenas aqueles indivíduos com PAD inferior a 85 mm Hg e com PAS inferior a 140 mm Hg. Os demais indivíduos, não abrangidos nos itens anteriores, são considerados de risco aumentado e devem ter a sua PA monitorada no decorrer do tempo (VITOR *et al*, 2011).

Pela sua importância, a medida da pressão deve ser estimulada e realizada, em toda avaliação de saúde, por médicos de todas as especialidades e demais profissionais da área de saúde. O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio é o ideal para essas medidas. Os aparelhos do tipo aneróide, quando usados, devem ser periodicamente testados e devidamente calibrados (SALGADO; CARBALHAES, 2003).

4 MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município Itacoatiara, AM. A metodologia constitui-se na execução das orientações sobre a prevenção e como lidar com a hipertensão arterial para a população hipertensa atendida pela USF.

O cenário da intervenção desse projeto é na Unidade de Saúde da Família Izolina Cardoso, a qual está localizada na comunidade Santa Rosa, S/N bairro Rio Arari, cidade de Itacoatiara no Estado de Amazonas.

Neste USF são atendidas cerca de 588 pessoas hipertensas, onde 80% dessas apresentam idade superior ou igual a 60 anos, consideradas idosas, e os outros 20% é formado por pessoas acima de 30 anos que apresentam hipertensão arterial.

Serão convidados a participar deste projeto de intervenção as pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial, cadastradas na Unidade de Saúde. Todas foram convidadas formalmente e previamente a estarem participando de um grupo de conversa.

Para atingirem os objetivos propostos, serão realizados os seguintes procedimentos:

1. **Primeiro momento:** Capacitação sobre prevenção da hipertensão arterial atualizada para toda a equipe de saúde da família da Unidade que acontecerá no período de 3 semanas;
2. **Segundo momento**: Visita domiciliar com agentes comunitários de saúde para convidar as pessoas a participarem da reunião, no período de duas semanas;
3. **Terceiro momento:** Planejamento da ação educativa através de um grupo de conversa. Esta intervenção acontecerá no período de um mês;
4. **Quarto momento:** Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura;
5. **Quinto momento:** Avaliar as atividades realizadas através dos objetivos alcançados.

5 CRONOGRAMA

Ação		Período de realização			
		2017			
		Ab	Mai	Jun	Jul
Elaboração do Projeto de Intervenção		X	X	X	
Procedimentos de Intervenção	1) Capacitação da Equipe;		X		
	2) Visita domiciliar com agentes comunitários para convidar as pessoas;		X		
	3) Planejamento da ação educativa através do círculo de cultura;			X	
	4) Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura;				X
	5) Avaliar as atividades realizadas através dos objetivos alcançados.				X

6 RECURSOS HUMANOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 06 agentes comunitários de Saúde, 2 auxiliares de Enfermagem; 1 técnico de Enfermagem, 1 enfermeiros, 1 médico, 1 dentista.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Prontuários dos hipertensos;
- Folha A4;
- Impressora;
- Impressos: panfletos;
- Vídeos animados;
- Cadernos de Atenção Básica (Hipertensão Arterial).

7 RESULTADOS ESPERADOS

- Com a realização da educação em saúde sobre a prevenção e orientações para a hipertensão arterial espera-se reduzir os índices de hipertensão com sua prevenção;
- Espera-se que os responsáveis convidados a participar das ações de educação em saúde, compareçam no dia da intervenção;
- Espera-se que os convidados a participar das ações de educação em saúde, possam compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento e prevenção da hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL.** Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, v. 5. 2006.

ESPERANDIO, Eliane Maria et al . Prevalência e fatores associados à hipertensão arterial em idosos de municípios da Amazônia Legal, MT. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 481-493, Sept. 2013 .

FERREIRA, Silvana Diniz et al . Prevalência e fatores associados ao sobrepeso/obesidade e à hipertensão arterial sistêmica em crianças da rede privada de ensino de Divinópolis/MG. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, p. 289-297, set. 2015 .

MANSOUR, Samir Nicola; MONTEIRO, Camila Nascimento; LUIZ, Olinda do Carmo. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 3, p. 647-654, set. 2016 .

NOGUEIRA, Paulo César, et al. Pressão arterial elevada em escolares de Santos – Relação com a obesidade. **Revista Associação Médica Brasileira.** Santos, v. 53, n.5, p.426-432, 2007.

RADIGONDA, Bárbara et al . Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 1, p. 115-126, mar. 2016 .

VITOR, Allyne Fortes et al . Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 251-260, jun. 2011 .

ZATTAR, Luciana Carmen et al . Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 3, p. 507-521, Mar. 2013 .