MILADYS DIAZ CARRAZANA

ESTUDO DE CASO CLINICO: Hipertensão arterial na USF 001, Distrito Oeste, Manaus, Amazonas

MANAUS/AM
Janeiro de 2018

MILADYS DIAZ CARRAZANA

ESTUDO DE CASO CLINICO: Hipertensão arterial na USF 001, Distrito Oeste, Manaus, Amazonas

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): Manoela Jorge Coelho Alves.

MANAUS/AM
Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 03

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO 05

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

4 VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO 13

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA 17

6 REFERÊNCIAS 19

7 ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO 20

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Miladys Diaz Carrazana, médica cubana formada em Cuba no ano 2007, na Universidade de Ciências Medicas da Cidade de Das Tunas. Após minha graduação, comecei a trabalhar no Município Amâncio Rodriguez, na Comunidade Índio 1 como médica geral, onde permaneci um período de 11 meses, logo foi trasladada para o hospital Luís Aldana Palomino por um período de 2 anos.

Em maio do ano 2010, finalizei a especialidade de Medicina Geral Integral e em outubro do mesmo ano fui para Venezuela, para cumprir missão internacionalista como médica comunitária no Estado Miranda município Santa Teresa. Passados três anos voltei para Cuba para meu município, e depois entrei para o Programa Mais Médicos em agosto do 2016. Comecei a trabalhar na USF 001, localizada no Distrito Oeste do Município de Manaus, em outubro do mesmo ano.

O Município Manaus é a capital do Estado Amazonas, sendo a maior cidade da região Norte do Brasil, com uma área territorial de 11401092 km2, uma população estimada no 2016 de 209431 habitantes, total de pessoas alfabetizadas 1527978. O município dispõe de um total de 299 estabelecimentos de saúde básica de carácter público, sendo 237 municipais, 13 federais e 49 estaduais. A Zona Franca de Manaus é o principal objeto econômico do setor secundário e um dos principais centros indústrias do Brasil, albergando importantes industrias das áreas de transporte e comunicações, destacasse também a atividade agrícola o intenso trafico fluvial e atividade turística (IBGE, 2017).

Comecei a trabalhar na USF 001 em 2016, onde ela conta com uma população cadastrada de 4900 habitantes, com uma expansão territorial de 510.608m2, distribuídas em 7 micro áreas, um total de 918 famílias. Temos cadastrados 600 hipertensos, 250 diabéticos, 25 gravidas, 269 crianças, 450 idosos.

Nossa unidade é pequena, não tem laboratório, trabalhamos com um total de 14 funcionários, temos atendimento odontológico, consulta médica, consulta de enfermagem, vacinas, curativos, triagem e farmácia.

Encontramos em nossa de abrangência 2 escolas, um terminal de ônibus, 12 igrejas e diversos mercadinhos. Os principais problemas que afetam a população atendida por nossa equipe de saúde, são as doenças crônicas como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus as quais afetam principalmente a população idosa maior de 40 anos, tendo como causa os inadequados hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade, habito de fumar, consumo de álcool e outras drogas.

Encontramos também, outras doenças como as dislipidemias, doenças respiratórias e parasitarias as quais afetam pacientes de diversas idades. Após uma análise minuciosa das principais doenças atendidas em consulta, decidimos planejar uma série de atividades para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diminuir o número de complicações e de ingressos hospitalários.

Portanto, os Hipertensos necessitam de um melhor acompanhamento em seu tratamento e dessa forma elaborei meu Projeto de Intervenção (em anexo) no semestre passado com o objetivo de identificar e acompanhar de forma próxima e contínua os pacientes hipertensos que não cumprem seus planos de tratamento adequadamente, e que não fazem uso devido dos seus medicamentos anti-hipertensivos.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: UBSF 001, DISTRITO OESTE, MANAUS, AMAZONAS.

Identificação:

-Nome: R. A. C.

-Idade: 50 anos.

-Sexo: Masculino.

-Escolaridade: Ensino médio terminado.

-Estado Civil: Casado.

-Profissão: Comerciante.

-Naturalidade: Manacapuru / Manaus.

- Queixas principais: Renovar receita de captopril 25mg e tontura. 30/05/2017.

-Consulta Médica (primeira):

Paciente masculino de 50 anos, que relata ter hipertensão arterial já tem mais de 5 anos diagnosticada, ele toma captopril de 25mg de 12 em 12 horas, relata também que aumentou mais de 6 kg de peso nos últimos 2 anos, pois agora trabalha em uma loja o dia todo e não tem tempo para fazer atividade física. Relata ter tontura e esquecer de tomar a medicação.

-Interrogatório Sintomatológico:

-Sintomas Gerais: Tontura.

-Cabeça e Pescoço: Nega ter cefaleia ou outro sintoma.

-Tórax: Não tem dor no peito, tosse ou dificuldade para respirar.

-Abdômen: Não tem queixa.

-Sistema Geniturinário: Não tem queixa.

-Sistema Nervoso: Tontura.

-Sistema Ósseo: Não.

-Antecedes pessoais:

-Nascido de parto normal, filho único.

-Patológicos:

-Doença da infância: Dengue.

-Quadros de hipertensão arterial desde 2011, es tratado com captopril 25mg de 12 em 12 horas.

- Não tem alergia a medicamentos.

-Antecedentes Familiares:

-Pai: Hipertensão arterial.

-Mae: Hipertensão arterial.

-Avós Maternos: Hipertensão arterial.

-Condições de vida:

-Alimentação: Geralmente come muita carne gordurosa, muitos carboidratos, refrigerante, poucas frutas e verduras.

-Casa: De alvenaria toda na laje, 3 habitações, cozinha, sala, 2 banheiros, agua permanente.

-História Ocupacional: Trabalha como vendedor em uma loja de roupa.

-Atividade Física: Não pratica.

-Vícios: Só toma uma cerveja em datas comemorativas, não fuma, não consume drogas.

-Condições socioeconômicas: Salário médio pois depende das ventas da loja, ademais do salário da esposa dele que é professora da escola.

-Vida Conjugal: Casado com Dona Socorro, tem duas filhas, uma de 14 anos, outra de 10 anos.

-Exame Físico:

Paciente com bom estado geral, consciente, orientado, com linguagem fluido, claro e coerente, movimentasse sem dificuldade, afebril, agora assintomático.

-Sinais Vitais:

-Temperatura:36

-PA: 150/100 mmHg.

-BC:88 por minutos.

-FR:19 por minutos.

-Medidas antropométricas:

-Peso: 100kg.

Altura:1,78cm.

-Estado Nutricional: IMC:31,6: Obeso.

-Cabeça e Pescoço: Sem deformidades visíveis, não tem adenopatias palpáveis, tireoides de tamanho e consistência normal.

-Tórax: Norm configurado, simétrico, movimentos respiratórios rítmicos.

-Auscultação: Murmúrio vesicular normal, não auscultasse estertores.

-Auscultação Cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos de bom tono, não se ausculta sopro.

-Abdômen: Globuloso, segue os movimentos respiratórios, não doloroso na palpação superficial e profunda, não viceromegalia, ruídos hidroaéreos normais.

-Extremidades superiores: Sem deformidades visíveis, simétricas.

-Extremidades inferiores: Simétricas, sem deformidades, não tem edema, não tem varizes.

-Hipótese Diagnóstica:

- Hipertensão arterial descontrolada.

-Obesidade.

-Conduta:

-Dieta hipossódica, rica em carboidratos e rica em frutas e vegetais.

- Tomar medicação como esta prescrita, captopril 25 mg, 1 comprimido de 12 em 12 horas.

- Renovo receita de captopril e medicamos no momento pois ele não tinha tomado medicação.

-Encaminhamento para nutricionista.

-Solicito: Hemograma completo, glicemia, colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, creatinina, ureia, urina, fezes, ECG, radiografia de crânio, TGP, TGO, PSA.

-Checar PA diária em um mesmo horário na USF por 7 dias.

-Evolução: segunda Consulta 15/6/2017:

Paciente com bom estado geral, orientado, assintomático. Apresenta exames solicitados.

Sinais vitais.

-PA:120/80 mmHg.

-BC:78 por minuto.

-FR:20 por minuto.

-Peso:98kg.

-Exames solicitados:

-Hemograma: Hb:15,0 g/dl, Hto:44,7.

-Glicose em jejum:85 mg/dl.

-Creatinina:0,87 mg/dl.

-Ureia:28 mg/dl.

-Colesterol total: 240 mg/dl.

-Triglicéridos: 198 mg/dl.

-TGO: 22 u/l.

-TGP:16 u/l.

-PSA: 0,2 n/g.

-ECG: Sem alterações.

-Radiografia de crânio: sem alterações.

- Ácido úrico: 3 mg/dl.

-Urina: sem alterações.

-Fezes: negativas.

-Relata não foi avaliado ainda pelo nutricionista.

-Hipótese diagnostica:

-Hipertensão arterial estagio 1 controlada.

- Obesidade.

-Hipercolesterolemia.

-Plano:

-Manter dieta orientada.

- Encaminhamento novamente para nutricionista.

-Realizar atividade física baixo supervisão do especialista em cultura física ou em academias.

-Captopril 25mg, tomar 1 comprimido 12 em 12 horas.

-Sinvastatina 20mg, tomar 1 comprimido diário antes de deitar por 3 meses.

-Agendar visita domiciliar.

-Exames evolutivos dentro de 3 meses.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2016), em sua publicação da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, conceitua a hipertensão como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.

A Hipertensão está frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), 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 (SBC, 2016).

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

Meu trabalho foi desenvolvido na UBSF 001, do Distrito Oeste, bairro União da Vitoria, município Manaus, onde foi constatado um alto número de atendimentos a pacientes hipertensos, mais não coincidia com o número de pacientes cadastrados, da mesma maneira não coincidia o número de grávidas, crianças menores de um ano, mulheres com preventivos atrasados, pacientes com vacinas atrasadas.

Nosso primeiro passo para melhorar nosso trabalho foi ter várias conversas com a equipe em sua totalidade, incluindo os serviços de odontologia. Logo planejamos um cronograma de atividades que começou com fazer um novo cadastro com as agentes de saúde e com a colaboração dos líderes da comunidade, por cada uma do micro áreas, para toda a população e com os seguintes dados (nome, idade, endereço, antecedentes pessoais de doenças, vacinas, ocupação, escolaridade, em caso de ser mulher preventivo e mamografia).

Durante a realização do trabalho, foi possível perceber que pacientes com doenças crônicas não assistiam a consulta de forma periódica, só iam trocar receitas, outros já eram hipertensos e não estavam registrados. Também encontramos pacientes com abandono do tratamento que tampouco assistiam a consulta.

Em relação aos pacientes com doenças crônicas, os principais objetivos traçados foram: conseguir um cadastro completo dos pacientes com doença crônica, incorporar todos eles a consulta, diminuir o número de hospitalizações por complicações, facilitar o abcesso a medicação, oferecer atividades educativas e promover hábitos alimentares adequados, a pratica de atividade física, diminuir o consumo de álcool e drogas, diminuir o tabaquismo. Em caso de ser acamado ou descapacitado garantir o atendimento por meio de visitas domiciliares.

Em relação ao pré-natal, ter um número real das grávidas de nosso território e vincular elas a consulta. Fazer uma boa classificação de risco, as que dentro do alto risco garantir o acompanhamento pela consulta de alto risco e pela casinha de saúde. Garantir o atendimento odontológico, cobertura para sua vacinação e que os exames sejam realizados em tempo adequado. Oferecer palestras e explicar a importância do parto na maternidade onde são encaminhadas perto do parto. Fazer um

acompanhamento da puérpera e do recém-nascido em consultas e visitas domiciliares.

Já na puericultura, primeiro deve-se garantir que todas as crianças sejam atendidas em consulta periodicamente e como está estabelecido. Ter identificadas quais são de maior risco, manter uma comunicação com as mães e explicar a importância do aleitamento materno exclusivo, importância da vacinação, prevenir acidentes. Fazer acompanhamento não só de menores de um ano, acompanhar crianças em sua totalidade e adolescentes.

Em quanto a saúde da mulher, garantir a realização do preventivo assim como a mamografia, oferecer métodos anticonceptivos, oferecer atividades educativas para evitar a gravideis na adolescência ou não desejada e enfermidades sexualmente transmissíveis.

De forma geral foi muito complicado organizar o trabalho em nossa unidade pois já tinha tempo sem médico fixo. A agenda foi feita com a participação de todos da equipe, incluímos o atendimento por demanda espontânea que anteriormente não era colocado na agenda, aumentamos as visitas domiciliares, ampliamos as ações até as escolas, envolvemos líderes da comunidade.

Na USF, trabalhamos com grupos de educação em saúde, onde há diabéticos e hipertensos, que recebem educação em saúde através de conversas, encontros, jogos, danças, lazer, caminhadas, vida saudável. Atividades que são elaboradas pela equipe da Unidade.

Segundo Sousa e Assis (2012), a experiência de grupo de promoção da saúde com idosos tem se expandido no Brasil. O grupo é recomendado como estratégia que permite atuar nas dimensões culturais e sociais a fim de promover a qualidade de vida dessa população. Na atenção básica, destaca-se a necessidade de as equipes atuarem “de forma mais reflexiva e efetiva” na utilização dessa prática, o que implica em tornar mais claros seus pressupostos teórico-metodológicos, bem como avançar na cultura de avaliação das ações educativas.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

De acordo com Giacomozzi (2006), a visita domiciliar pode ser definida como:

> Uma categoria de atenção domiciliar à saúde, de acordo com a Resolução nº 11, de 26 de Janeiro de 2006, da ANVISA e do Ministério da Saúde. No Brasil, tal prática vem apresentando-se como um espaço em expansão, em função de alterações demográficas como: a mudança no perfil epidemiológico da população, evidenciando aumento das doenças crônica não-transmissíveis; a elevação dos custos dos sistemas de saúde; o desenvolvimento tecnológico, que possibilita aumento na taxa de sobrevida das pessoas; a exigência de maior privacidade, individualização e humanização da assistência à saúde; a necessidade de integração da equipe profissional com o cliente e a família (GIACOMOZZI, 2006, p. 04).

Em outro trabalho também publicado por Giacomozzi e a Lacerda (2006), apresentam a USF como desenvolvedora da abordagem familiar:

> O trabalho interprofissional na ESF assume fundamental importância para a abordagem da saúde da família, em especial na assistência domiciliar à saúde, que envolve os profissionais e as pessoas/famílias atendidas. Sendo assim, a práticas da assistência domiciliar pelos profissionais da ESF devem ser consideradas de modo a lhes revelar suas perspectivas, possibilitando uma reflexão acerca de sua prática profissional na ESF (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006, p. 01).

O Ministério da Saúde (2010) traz em seu manual de visita domiciliar, algumas atribuições do profissional médico da família em relação a visita domiciliar:

•Realizar consulta médica principalmente para aqueles que apresentem incapacidade de se deslocarem até a unidade;

•Avaliar de modo integral a situação da pessoa enferma;

•Esclarecer a família sobre os problemas de saúde e construir plano de cuidados para a pessoa enferma;

•Estabelecer forma de comunicação participativa com a família;

•Levar o caso para discussão na Equipe;

•Emitir prescrição do tratamento medicamentoso;

•Realizar pequenos procedimentos auxiliado pela equipe;

•Registrar os atendimentos realizados;

•Promover e participar de avaliações semanais do plano de acompanhamento de VD;

•Indicar internação hospitalar;

•Verificar e atestar o óbito.

Objetivos da visita:

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o objetivo da visita domiciliar é promover a saúde o e ações preventivas através de:

•Visita à puérpera;

•Busca de recém-nascido;

•Busca ativa de doenças infectocontagiosas ou marcador;

•Abordagem familiar para diagnóstico e tratamento;

•Paciente portador de doença crônica que apresente dependência física;

•Pacientes idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos;

•Pacientes com problema de saúde que dificulte sua locomoção até a Unidade.

No dia 18/06/2017, iniciamos nossa visita domiciliar, vou descrever a situação de nossa visita; residência localizada no bairro União da Vitoria, Manaus, Amazonas.

Fomos recebidos pela empregada de nome Maria, ela nos acompanha ate o local onde encontrasse o paciente (paciente alvo), aguardando nossa visita, observamos que tem animais domésticos, dois cachorros e dois gatos.

Paciente alvo J.S. P, 68 anos, masculino, casado, com antecedentes de ser hipertenso, hemiplegia do lado direito do corpo, decorrência de AVC já faz 6 meses. Ele tem 2 filhos homens, os dois moram fora. Ele está aposentado mais sua pensão é muito baixa e a mulher trabalha em casa vendendo roupa reciclada.

-Impressão do paciente sobre a situação de saúde, expectativas: O paciente está consciente de seu estado de saúde, tem expectativas de andar, de ter uma vida normal, ele faz fisioterapia 2 vezes por semana, é uma pessoa alegre, muito mimado pela família, mais em ocasiões está triste pois o período de recuperação é lento.

-Queixas no momento: ansiedade, depressão.

- Exame físico: paciente aparentemente normal, com boa saúde bom estado geral, sorridente, tranquilo, linguagem bem articulada, boa movimentação do lado esquerdo do corpo. Encontra-se sentado na cadeia de rodas. PA: 120/80 mmHg, Bc:89.

-Tratamento Atual: losartana 50 mg, tomar um comprimido de 12 em 12 horas. Hidroclorotiazida 25 mg, tomar um comprimido de manhã. Aas 100mg, toma um comprimido após almoço.

- Cuidador: possui uma empregada doméstica, ela auxilia e ajuda em tudo, a mobilização dele para o banheiro para fazer suas necessidades fisiologias e para tomar banho, na hora de deitar, ela também esta muito atenta dos horários das refeições e das medicações.

- Estrutura familiar: Residem no domicilio.

As medicações já citadas, utilizadas pelo paciente são fornecidas pela USF 001 União da Vitoria. Quando preguntamos suas necessidades, o paciente disse que precisa de uma ajuda monetária pois eles moram só, sua pensão é muito baixa e sua mulher não ganha muito das vendas de roupa reciclada, seus filhos ajudam com a alimentação mais não é suficiente para suas necessidades.

-Situação de saúde e de vida: Família com aparência de poder aquisitivo normal. Observamos não ter carro na garagem, dona Elsa disse que quando eles precisam sair tem que procurar um taxi pois seus filhos também não têm carro.. Dona Elsa é responsável pela administração das medicações, ele toma as refeições com ela.

- Alimentação: Maria é responsável pela preparação dos alimentos, normalmente ele toma café as 8 horas, almoça no meio dia e janta as 19 horas.

- Ferramentas sócias envolvidas: não recebe ajuda de tipo religiosa nem política.

-Domicilio: casa de alvenaria, piso em cerâmica, contendo 3 quartos, sala de estar, comedor, cozinha, 2 banheiros, garagem. A casa está devidamente limpa, com bom estado de conservação.

- Metas: conseguir uma recuperação pronta e satisfatória do paciente, evitar crises de ansiedade e depressão. Necessidade de ajuda financeira. Conseguir melhorar seu estado e melhorar sua qualidade de vida mediante as visitas domiciliares, aumentar sua autoestima.

- Problemas crônicos: hemiplegia do lado direito do corpo, HAS.

- Problemas agudos: ansiedade, depressão.

É muito importante manter as visitas periódicas e buscar as possíveis soluções para suas doenças, evitar estados de descompensacão, depressões, fornecer suas medicações. O paciente tem acompanhamento pelos especialistas do hospital onde foi internado (Hospital 28 de Agosto), fisioterapeuta, psicologista, assistente social, nutricionista etc.

5 REFLEXAO CONCLUSIVA

A partir da intervenção no programa de atenção aos usuários com HAS, na USF 001 União da Vitoria, conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos atendidos no serviço. Também observei que melhorou a qualidade da atenção dos usuários cadastrados através da realização do exame clínico completo, realizando os exames complementares e orientações de promoção a saúde.

Foi garantido que a maioria dos usuários utilizasse os remédios da farmácia da UBS e da farmácia popular. Foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles. As fichas de atendimento dos usuários com HAS foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular e acompanhamento segundo seu estado de saúde. Foram feitas atividades de educação em saúde com o objetivo de promover saúde dos usuários com orientação sobre nutrição adequada, prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Dos objetivos propostos em nosso trabalho, desenvolvemos apoio para fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, incorporação da prática de exercício físico sistemático de hipertensos, colaborando para diminuir em alguns usuários e, em outros, eliminar os fatores de risco associados a essa doença crônica não transmissível, como hábitos de fumar e alcoolismo. Neste processo, observou-se o aumento da adesão deles ao programa de atenção aos usuários com HAS com as atividades propostas e das diferentes ações.

A importância da intervenção para a equipe de saúde foi o aumento do conhecimento sobre as doenças crônicas não transmissíveis, doenças muito comuns na comunidade. Conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Cada profissional reconheceu quais eram suas atribuições no trabalho com esses usuários, segundo o MS, e o que tinha que fazer com cada usuário cadastrado, posteriormente sobre seu seguimento, acompanhamento, tratamento a doença e suas complicações. Estes elementos permitirão interagir mais com a comunidade, as famílias, o indivíduo doente e oferecer uma melhor educação em saúde, promovendo saúde para todos. Também foi possível conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da

população nessas doenças e outras originadas pelas complicações delas como, insuficiência renal crônica, cardiopatias doenças cerebrais, entre outras.

De um modo geral, nosso trabalho melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes usuários da área da abrangência da UBS. Isto foi considerado um avanço na relação de trabalho em conjunto com a secretaria municipal de saúde e outros gestores da comunidade.

As atividades realizadas pela equipe não interferiram de forma negativa na rotina de atendimento dos demais usuários que frequentam a UBS. No momento das consultas os usuários com HAS foram agendados nas consultas de forma organizada, distribuídos nos dois turnos de trabalho da UBS e tendo presente os horários de maior afluência de demanda espontânea.

Estamos aumentando gradativamente a quantidade de usuários com HAS da área de abrangência da UBS. Por enquanto, continuamos com o trabalho e acompanhamento deles até alcançar 100% com atendimento na UBS e, assim, de forma concomitante, continuar ofertando qualidade nos atendimentos para que as mudanças no estilo de vida da população aconteçam de forma positiva.

6 REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf >. Acesso em: 20 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes [Internet]. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf Acesso em: 10 de dezembro de 2017.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª diretriz de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia** • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

GIACOMOZZI CM. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** 2006.

LACERDA MR, GIACOMOZZI CM. Assistência à saúde domiciliar e seus diferentes conceitos. **Relatório técnico.Curitiba** (PR): UFPR; 2006.

SOUSA, M; ASSIS, L. Educação popular em saúde e grupos de idosos: revisão sobre princípios teórico-metodológicos das ações educativas em promoção da saúde. Rev APS. out/dez; 15(4): 443-453, 2012.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Curso de Especialização em Saúde da Família

Projeto de Intervenção

Titulo: Hipertensão Arterial ; Fatores de risco, Prevenção de Complicações, Mudança de Estilos de Vida.

Autora: Miladys Diaz Carrazana.

Orientadora: Karen Bavaresco

Sumario

1. Introdução 3

1.1. Identificação e Apresentação do Problema 3

1.2. Justificativa da Intervenção 4

2. Objetivos 4

2.1. Objetivo Geral 4

2.2. Objetivos Específicos.....4

3. Revisão da Literatura.....5

4.Metodologia.....6

4.1. Cenário do Estudo.....6

4.2. Sujeitos da Intervenção 6

4.3. Estratégias e ações 6

4.4. Avaliação e Monitoramento 7

5. Resultados Esperados.....7

6. Cronograma.....7

7. Referencias.....

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica e uma condição clinica multifatorial caraterizada por níveis elevados de e sustentados de pressão arterial – PA (PA maior ou igual a 140 x 90 mmHg).1.

Associa-se, frequentemente, as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo coração encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, e fator de risco para doenças decorrentes de ateroscleroses e trombose, que se manifestam predominantemente por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, e também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficit cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também tem como HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, por tanto caraterizada como uma das causas de maior redução da expectativa e qualidade de vida dos indivíduos.1,2.

A HSA e um grave problema de saúde de saúde no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos e são registrados ao redor de 30 milhões portadores de hipertensão arterial.1,2.

No mundo o número de pessoas afetadas e de 1000 milhões. O diagnóstico da HAS consiste na medida aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão. Existem algumas condições padronizadas para a medida de pressão arterial tales como.3

-O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e a altura do pecordio.

-Medir após cinco minutos de repouso.

-Evitar o uso de cigarro e de bebidas como cafeína nos 30 minutos precedentes.

-A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois tersos da circunferência do braço.

-Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30 mmHg acima do valor em que o pulso deixa de ser sentido.

-Desinflar o manguito lentamente.

-A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos cardíacos.

-A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos.

- Registar valores com intervalos de 2mmHg, evitando arredondamentos.

-A medida de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia, se os valores observados diferem em mais de 5mmHg medir novamente.

-Na primeira vez medir a pressão nos dois braços, se discrepantes, considerar o valor mais alto, nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência.3

O município de Manaus tem uma população estimada de 209431 habitantes mais de 159 mil pessoas são afetadas por hipertensão e ao redor de 600 pessoas no todo Amazonas e uma de as principais causas de internação hospitalar e morte. O profissional da Atenção Básica tem importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnostico monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da pratica centrada na pessoa e, consequentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição de estratégias de controle a hipertensão, pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida e controle de fatores de risco. E fundamental o diagnóstico precoce e o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica.

Numerosos fatores de risco podem contribuir com nesta doença, consumo de alimentos que contêiner demasiada sal e gorduras, quantidades insuficientes de frutas e verduras. Uso nocivo de álcool, sedentarismo, falta de atividade física e estresse, tabaquismo obesidade, hiperlipidêmicas. Existem outros fatores de risco como os socioeconômicos como a educação, vivenda. Fatores genéticos, raça, idade maior 60 anos.

Justificativa

Na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família bicada no Barrio União da Vitoria, Distrito Oeste, município Manaus. População estimada de 4900 habitantes ,onde temos cadastrados 600 pacientes hipertensos ,observe-se uma alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade atendida .Nossa população está exposta a diversos fatores de risco ,dentre deles ,tabaquismo, alcoolismo, obesidade, hiperlipidêmicas, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, consumo de drogas, falta de atividade física e estresses-te e um dos problemas que desperta atenção da equipe a exposição aos fatores de risco pode estar relacionada a falta de orientação sobre as causas, fatores de risco e complicações da hipertensão arterial .A realização de uma intervenção educativa pode contribuir para a melhoria do conhecimento da população e contribuir para mudar estilos de vida e prevenir complicações desta doença .5.

Objetivos

2-Objetivos

2.1-Ojetivo General.

-Identificar fatores de risco, promover atividades educativas sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, diminuir complicações nos pacientes hipertensos.

2.2-Objetivos Específicos.

-Amentar a pesquisa de pacientes hipertenso ainda não diagnosticados e fazer cadastro no programa de hiperdia.

-Identificar os fatores de risco modificáveis presentes nos pacientes atendidos.

-Promover hábitos de vida saudáveis, mudança de estilos de vida.

-Diminuir o número de pacientes hospitalizados e falecidos por complicações da hipertensão arterial.

Revisão Bibliográfica.

Segum estúdios realizados pela OMS são 600 milhões de hipertensos no mundo e estudos apontam que 7 milhões de pessoas morrem a cada ano e 1,5 bilhão adoecem por pressão alta. A hipertensão é o principal fator de risco a saúde no mundo. O Brasil se mobiliza para conscientizar as pessoas sobre os riscos e a importância de combater a hipertensa arterial pois cerca de ¼ da população brasileira sofre com esse mal. Segum a Sociedade Brasileira de hipertensão, estimasse que 30% da população brasileira sofra de hipertensão, sendo que em pessoas com mais de 60 anos a porcentagem sobe para mais de 50%, além disso a doença também e a causadora de: 40% dos infartos,80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal em todo o pais. Entre os gêneros a prevalência e maior nos homes 38%, do que as mulheres 32% e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil.6.

Estudos realizados falam a favor que pacientes com histórico familiar de hipertensão podem presentar maior risco para a doença em conjunto com a herança familiar existem outros fatores que favorecem os níveis elevados de pressão como são: elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio, alta ingestão calórica e excessivo consumo de álcool, tabaquismos, obesidade o estres psicológico o sedentarismo e as dislipidemias. Outros estudos destacam que existe outro porcento que es A hipertensão relacionada a doenças renais, aldosteronismo primário, hipertensão por consumo de medicamentos, distúrbios das tireoides ou em glândulas endócrinas e um porcento que ainda não se á identificado sua causa.2,5.

Todos os estudos sobre hipertensão concordam que as complicações mais frequentes da hipertensão danam órgãos como: coração, rins olhos, cérebro e artérias periféricas, podendo levar ao infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, aneurismas, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, problemas oculares, problemas circulatórios, morte súbita, demência por micro infarto cerebrais e aterosclerose.2,7.

A hipertensão arterial pode ser controlada e evitar todas as complicações antes mencionadas, levando um estilo de vida saudável fator fundamental. Manter uma dieta balanceada rica em frutas, vegetais e verduras, não ingerir alimentos gordurosos, refrigerantes e excessivas quantidades de farinas, evitar a ingestão excessiva de sal, combater o sedentarismo e a obesidade, fazer atividade física periodicamente, participar em atividades de relaxamento físico e mental, evitar o consumo de álcool e outras sustâncias nocivas, evitar o habito de fumar.8. 9.10.

Metodologia.

4.1-Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.

O projeto será desenvolvido na UBSF o01 localizada no Barrio União da Vitoria, Distrito Oeste, Município Manaus, Estado Amazonas, Brasil. Envolvendo o Equipe de saúde.

O projeto envolve os pacientes cadastrados na UBSF o01, Distrito Oeste, Município: Manaus, Barrio: União da Vitoria. Nossa área de abrangência tem um total de 4900 pacientes, despostos da seguinte maneira: famílias 918 e 600 pacientes hipertensos cadastrados.

4.2-Cenario da intervenção.

O projeto será desenvolvido na UBSF o01, Municio Manaus, Distrito Oeste, Estado Amazonas.

4.3-Estrategias e Ações.

Na etapa inicial e preciso fazer uma reunião com todos os membros da equipe (Medico, Enfermeira, Técnicas de enfermagem, Agentes comunitários) para logra seu envolvimento no projeto. Logo procederemos na identificação dos pacientes com hipertensão, por micro áreas, faixa etária, idade, sexo, fator de risco associado e doença crônica associada. Seguidamente se procedera ao agendamento de consultas individuais, e muito importante conscientizar ao paciente sobre a importância de assistir periodicamente a consulta, também serão realizadas atividades de pesquisa ativa em pacientes com mais de 15 anos e em grupos vulneráveis

Realizaremos reuniões quinzenais na unidade onde serão oferecidas palestra ,dinâmica de grupo com a participação ativa dos pacientes, (30 por cada atividade), serão desenvolvidos temas como conhecimentos da hipertensão, complicações ,fatores de riscos, importância das mudanças de estilos de vida ,importância da pratica de exercício físico, importância do apoio da família ao paciente com HPA, como atua o álcool e o habito de fumar sobre o paciente hipertenso, os pacientes devem trocar ideias e expor suas experiencias vividas. Nestas palestras devem participar a equipe de saúde da unidade (Medico, Enfermeira, Técnicas de enfermagem, Agentes Comunitários), as participações de estes últimos serão muito importantes durante o projeto por sua interação continua e direita na comunidade.

Os dados serão recolhidos dos registros individuais do cada paciente.

4.4-Avaliacao e Monitoramento.

Os pacientes devem expor suas vivencias e seus pontos de vista negativos e positivos sobre a efetividade do tratamento e sobre os temas discutidos durante as reuniões com a equipe da UBSF.

Durante o desenvolvimento do projeto serão avaliados os pontos de vista e as opiniões expostos pelos pacientes em conjunto com a equipe para ir melhorando a qualidade das atividades realizadas e a conscientização de cada paciente a mudar estilos de vida para evitar complicações.

Com a aplicação do questionário vamos fazer uma melhor avaliação dos pontos de vista e as opiniões dos pacientes envolvidos durante o projeto.

-Questionário (Anexo 1).

5- Cronograma.

ATIVIDADES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elaboração do projeto		x										
Aprovação do projeto			x									
Apresentação para equipe e comunidade			x									
Intervenção				x	x	x	x	x				
Discussão e avaliação dos resultados								x				
Elaboração de relatório								x				
Apresentação dos resultados para equipe e comunidade									x			

6- Recursos Necessários.

Neste projeto utilizaremos o local da UBSF O01 com as condições adequadas para que as atividades sejam oferecidas com a qualidade necessária. Utilizaremos materiais áudio visuais, material de escritório, cartazes e folders educativo. Recursos humanos (Agentes comunitários de saúde, Enfermeira, Técnico de Enfermagem, Medico e pacientes. Materiais de estudo para obter informação sobre o tema abordado durante a elaboração do projeto. Outros recursos como prontuários dos pacientes, canetas etc. Precisaremos também de apoio financeiro da Secretaria Municipal de Saúde.

7- Resultados Esperados.

Com a intervenção deste projeto esperamos que o paciente obtém um maior conhecimento sobre sua doença, como evitar os fatores de resgo. Diminuir o número de pacientes hospitalizados por complicações da hipertensão arterial, conseguir controlar as cifras de pressão arterial de um maior número de pacientes sim utilizar tratamento farmacológico. Conseguir uma maior vinculação dos pacientes a praticar atividade física e hábitos de vida saudáveis, que os familiares destes pacientes tenham uma maior conscientização e responsabilidade.

8- ANEXO 1

QUESTIONARIO.

-DATA: __/__

-DATA de NASCIMENTO: __/__/__

-EDADE:

-ANTECEDENTES FAMILIARES: Hipertensão arterial () CARDIOPATIAS ()

- ANTESEDENTES PESSOAIS:

-FATOR DE RISGO ASOCIADO:

-Alimentação inadequada ()

-Tabaquismo ()

-Sedentarismo ()

- Stress ()

-Consumo de álcool ou outras drogas.

- A hipertensão arterial pode ser controlada com dieta. Sim (). Não ()

- Conhece que algum dos seguintes fatores podem ajudar a controlar as cifras de pressão arterial.

- Comer baixo de sal. Sim (). Não ().

- Manter uma dieta balanceada. Sim (). Não ()

- Fazer atividade física. Sim (). Não ()

- Evitar o tabagismo e o consumo de álcool. Sim (). Não ()

- Evitar o estresse e a ansiedade. Sim (). Não ()

- Conhece as principais complicações da hipertensão. Sim (). Não ()

- Gostou de participar do projeto. Sim (). Não ()

- Em sua opinião quais são as vantagens e desvantagens do projeto.

9- Referencias.

1- Ângela Maria Vicente Tavares, Bruce Bartholow Duncan, Caren Serra Bavaresco, Daniel Demétrio Faustino da Silva. Cadernos de Atenção Básica no 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília. Ministério da Saúde 2014.

2- Malachias MVB, Souza WKSB, Plaurik,Rodrigues CIS, Brandao AA,7ma Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial; SBC 2016. Consultado: 22/2/2017.Disponivel: www.arquivosonline.com.br

3-EVIPENET. Prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde. Brasília 2016. Eliana Carlan, Jessica Alves. Consultado: 23/2/2017.Disponivel: www.brasil.evipnet.org

4-Rosiney Cruz de Oliveira Dantas, Neir Antunes Paes, Ana Teresa Medeiros Cavalcante da Silva, Vitor Engracia Valente. Determinantes do controle da pressão arterial em homes assistidos na atenção primaria a saúde. O mundo da saúde. São Paulo 2016, vol. 40, número 2. Consultado 23/2/2017, pag:249-258. Disponível: bvsms.saude.gov.br

5-Sonia Lopes Pinto, Rita de Cassia Ribeiro Silva. Hipertensão arterial na infância e adolescência - prevalência no Brasil e fatores associados: uma revisão Cien.Med, Salvador, v14, número 2, maio – agosto 2015, pag:225-232. Consultado 23/2/20017. Disponível: https://portal ser.ufba.br

6-OPAS/OMS BRASIL. Brasília Setembro 2016. Consultado 24/2/2017. Disponível: www.paho.org

7-Tiburcio, Manuela Pinto, Torres, Gilson, de Vasconcelos, Enders, Bertha Cruz. Analise contextual da mensuração da pressão arterial na pratica clínica. Saúde Pública Brasil, v5, número 3, pag:328-336, jul. - Setembro 2013, Brasil. Disponível: Biblioteca Virtual em Saúde: saúde pública.bvs.br

8-Minha vida. Pressão alta: Siga 10 passos para controlar os sintomas. Brasil 2016. Consultado: 20/2/2017.Disponivel: www minha vida .com

9- ALHEA.Tua saúde, doenças cardíacas, Brasil 2007, atualizado:26/4/17. Consultado:27/4/2017. Disponível: www.tua saúde.com

10- Portal Brasil. Brasil. Ministério de Saúde 2012, atualizado:29/7/2014. Consultado:23/2/2017. Disponível: www.brasi.gov.br

11- SBH. São Paulo, setembro 2016, consultado: 22/2/2017.Disponivel: www.sbh.org.br

12- SBEM. Brasil. SBEM 2016, Consultado: 20/3/2017. Disponível: www endócrino.org.br

13- Denis L. Kasper MD, Anthony S. Fauci, MD, Stephen L. Hauser, MD, J. Larry Jamenson, MD, PhD, Joseph Loscalzo, MD, PhD, editors. Harrisons Manual of Medicine, vol. 2, 19na ed. VV.AA. MACGRA. W- HILL 2016, pag:649-656.