

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

Jorge Pascual Asencio Rondón

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes
hipertensos na ESF Central do município Charqueadas/RS.**

CHARQUEADAS

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1. CASO CLÍNICO.....	4
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	9
3. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	12
4. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	14
5. REFERÊNCIAS	16
6. ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	18

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Jorge Pascual Asencio Rondón, tenho 32 anos de idade e nasci na cidade de Santiago, localizada em Cuba. Formado em julho de 2013 na “Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Facultad # 2”; iniciei minha carreira profissional numa área rural de difícil acesso chamada: “La Pimienta”, no município “Ramón de las Yaguas”, onde trabalhei por um ano. No ano 2014 comecei trabalhar na Policlínica Docente: Joséu País García e iniciei a especialização em saúde da família na mesma universidade; ganhei o título em novembro de 2016.

Desde dezembro de 2016 atuo no Programa Mais Médicos para o Brasil, no município de Charqueadas, localizado na região carbonífera do estado Rio Grande do Sul; um município jovem, que tem uma população total 38.599 habitantes e sua área é de 216 km².

Atualmente trabalho na ESF: Central, que por ser bem centralizada, tem um território adstrito muito grande. Fica na Rua Farropilia No. 400, cuja área de abrangência inclui o bairro Centro da cidade, o qual dá o nome à ESF. Dentro de nosso território ficam localizados: Rodoviária, polícia civil, brigada militar, a creche municipal, escolas de ensino básico, entre outras. Tem cadastrados um total de 405 famílias, para um total 3700 pacientes, deles 2158 são mulheres e 1542 homens. Está composta por uma equipe de saúde (integrada por um médico, uma enfermeira, 3 técnicas de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, um odontólogo com uma assistente de odontologia).

Figura 1. ESF Central. Charqueadas



Fonte: Elaborada pelo autor.

Trata-se de uma população, maiormente idosa, com nível médio de desenvolvimento socioeconômico, onde tem muitas pessoas aposentadas, com vivendas em boas condições estruturais e com um baixo índice de violência e consumo de drogas. As principais dificuldades encontradas são o armazenamento e acúmulo de lixo em locais indevidos, sem ocorrer coleta periodicamente, aparecendo ratos, insetos entre outros, animais nas ruas; isso provoca fatores de riscos relacionados a doenças transmissíveis como diarreias, caxumba, toxoplasmose, também problemas respiratórios, dermatites, entre outros.

Buscamos prestar o melhor atendimento as famílias por meio de consultas individualizadas, através de agendamento e demanda espontânea, temos com muita frequência as doenças crônicas como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e transtornos mentais. Realizamos atividades de promoção e prevenção de saúde à comunidade assim como formação de grupos.

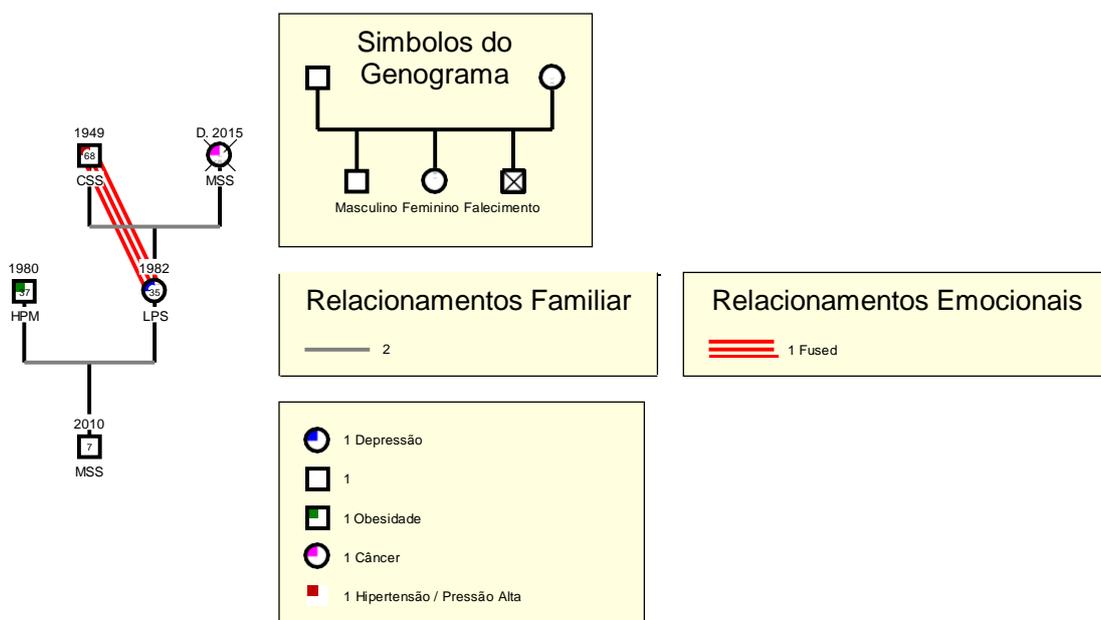
Escolhi para meu projeto de intervenção fazer uma proposta para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos na ESF Central do município Charqueadas/RS (Vide ANEXO 1), por meio de um plano de ações para melhorar e promover hábitos e estilos de

vida saudáveis e aumentar adesão ao tratamento proposto na consulta médica, para diminuir ou retardar as complicações e aumentar os conhecimentos sobre a doença.

2. CASO CLÍNICO.

Paciente CSS, sexo masculino, 68 anos de idade, preto; é levado à unidade básica de saúde pela filha, a mesma relata que ele acordou um pouco tonto, tomou o café da manhã e uma hora depois ela não conseguia entender o que ele falava. Na hora do café o senhor teve dificuldade para tomar o leite, pois saía pelo lado direito da boca. Foi então quando ela saiu procurando ajuda dos vizinhos. Refere que tem antecedentes de Hipertensão Arterial e tem tratamento, mas não tinha tomado nenhum ainda. É a primeira vez que é atendido na unidade de saúde, pois veio morar na casa da filha há 3 meses, morava sozinho há dois anos após do falecimento da sua esposa. Nega uso de drogas e alergia; tabagista há mais de 40 anos.

Figura 2. Genograma representativo da família descrita.



Exame físico:

Paciente consciente orientado em tempo, espaço e pessoa, que responde ao interrogatório com linguagem disártrica, memória de fixação e evocação conservada, fâcie característica de processo patológico, marcha afetada por déficit motor.

Cabeça: ptose palpebral direita, desvio da comissura labial direita;

Mucosas: normocoreadas, hidratadas;

Tireóide: não palpável, sem alterações;

Ausulta pulmonar sem alterações, FR: 18 mrpm;

Cardiovascular: Ausculta cardíaca normal, PA: 170/125 mmHg; FC: 84 bpm, pulsos palpáveis e simétricos;

Abdômen: globoso, com ruídos hidroaéreos presentes e normais, não visceromegalia;

Não edemas nos membros inferiores;

Neurológico: diminuição da força muscular do hemicorpo direito.

Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica (crise hipertensiva), Acidente vascular cerebral.

É ativado o SAMU para o encaminhamento do paciente ao hospital para realização de exames pertinentes e tratamento oportuno. Tratado com Captopril (25 mg) VO.

Na chegada ao hospital é feita uma tomografia axial computadorizada de crânio, diagnosticando-se isquemia da artéria cerebral media esquerda. Ficou internado com tratamento por um termo de 9 dias.

Após da alta hospitalar volta à unidade de saúde com o seguinte tratamento medicamentoso:

Enalapril (10 mg) 1 cp de 8/8 horas;

Sinvastatina (40 mg) 1 cp à noite;

Hidroclorotiazida (25 mg) 1 cp pela manhã;

Traz resultado de exames laboratoriais realizados durante a internação hospitalar com os seguintes resultados: Hto: 35%; Glicose: 85 mg/dL; Colesterol total: 283 mg/dL; HDL: 42 mg/dL; LDL: 190 mg/dL; Triglicérides: 140 mg/dL; Creatinina 0,98 mg/dL; Potássio: 4.2 mEq/L; TGP: 11 UI/L; TGO: 17 UI/L; EQU: normal; ECG: Ritmo sinusal, normal; Fundoscopia: sem alterações.

Ao exame físico, o paciente apresentava bom estado geral, eupneico, afebril e orientado.

Peso: 84 kg

Altura: 1,65m;

Circunferência abdominal: 102 cm;

IMC: 31.1 kg/m² SC;

Mucosas: normocoradas, hidratadas;

Tireóide: não palpável, sem alterações;

Ausulta pulmonar sem alterações, FR: 17 mrpm;

Cardiovascular: Ausulta cardíaca normal, PA: 135/85 mmHg; FC: 80 bpm, pulsos palpáveis e simétricos;

Abdômen: globoso, com ruídos hidroaéreos presentes e normais, não visceromegalia;

Não edemas nos membros inferiores;

Neurológico: diminuição da força muscular do hemicorpo direito.

Diagnóstico: Hipertensão Arterial Sistêmica estágio 3 com risco alto de evento cardiovascular, Hipercolesterolemia, Obesidade.

Orienta-se ao paciente sobre a importância de fazer o tratamento indicado na hora certa e sobre a adoção de hábitos saudáveis de alimentação, prática de atividade física (atividade aeróbica, pelo menos 30 minutos 3 dias da semana), redução do peso e abandono do tabagismo. Agregamos ao tratamento AAS (100 mg) 1 cp ao dia (no almoço).

Encaminhamento para fisioterapia.

Fazer controle da pressão para avaliar eficácia do tratamento.

Reavaliação em consulta em um mês.

Quinze dias depois foi feita uma visita domiciliar junto a sua agente comunitária de saúde e a enfermeira, observando-se avanço notável na sua recuperação motora, usa uma bengala para prevenir as quedas, faz suas atividades, sozinho. Se sente bem e dorme bem. Bom estado geral. Alimenta-se sem dificuldade.

PA: 130/80 mmHg;

FC: 86 bpm;

Temperatura: 36,2°C;

Saturação de oxigênio: 98.

Um mês depois foi à consulta, refere já não precisa do uso da bengala, voltou a suas atividades. Cuida-se muito para manter a pressão dentro de níveis normais. Reforço orientações

sobre a alimentação saudável, consumo controlado de sódio, abandonar o tabagismo e a prática de atividade física regularmente. Para isso solicito avaliação pela nutricionista do município e oriento participar do grupo de hipertensos que funciona todas segundas e quartas-feiras do mês as 15:00 h no posto de saúde e do grupo de cessação tabágica as primeiras quintas-feiras de cada mês as 14:00 h. Oriento manter tratamento farmacológico e marcar consulta para uma avaliação anual com dentista, solicito exames laboratoriais para avaliar função hepática por o uso de Sinvastatina, em 3 meses depois do início.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, que frequentemente está associada às alterações metabólicas e dos órgãos-alvo, e como consequência o aumento do risco de ocorrência de eventos cardiovasculares. (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010; Malta, 2009). A emergência hipertensiva (EH) caracteriza-se por a elevação crítica da pressão arterial com quadro clínico grave, lesão de órgão-alvo e risco de morte. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo o Caderno de Atenção Básica No. 37, a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil, e sua prevalência 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. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Como expõe o Protocolo de Atenção Básica, Condições Crônicas não Transmissíveis-Risco Cardiovascular; a HAS é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-se como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Para tratar este caso usei a estratificação do risco cardiovascular pelo escore de Framingham, que serve como ferramenta para definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe de saúde. Como se trata de um paciente no estágio três utilizou-se um diurético tiazídico e

um inibidor da enzima conversora de angiotensina, segundo o recomendado no Caderno de Atenção Básica No. 37 para a prevenção da recorrência de acidente vascular encefálico.

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

A promoção da saúde envolve um complexo de ações exercidas continuamente e globalmente junto a um indivíduo ou comunidade com objetivo de propiciar o melhor desenvolvimento físico, intelectual e emocional e conduzir a uma vida mais longa, produtiva e completa. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006)

Na minha prática diária na ESF: Central, onde atuo há mais de um ano, procuramos sempre, de forma interdisciplinar e em equipe, realizar ações de promoção e prevenção da saúde, pois são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da população e a redução dos riscos à saúde, tendo em conta o perfil de morbimortalidade da comunidade; as características demográficas, epidemiológicas e nutricionais e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção.

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

Na assistência pré-natal, nosso principal objetivo é acolher à mulher desde o início da gestação, pois ocorrem transformações que podem gerar medos, dúvidas, angústias; assim como alcançar a adesão ao pré-natal com melhor qualidade da assistência prestada. Em minha unidade de saúde o atendimento médico na atenção pré-natal segue sendo uma dificuldade para os profissionais que trabalham ali. O município de Charqueadas, só conta com uma unidade de pronto atendimento, e as gestantes são referenciadas para o hospital de um município vizinho, São Jerônimo, para ganhar seus bebês. Também temos muita dificuldade com a realização dos exames por trimestres e ultrassonografias obstétricas.

A pesar de todas as dificuldades, procuramos a ampliação dos exames para identificar problemas, como doenças que possam afetar a criança ou o seu desenvolvimento no útero. Oferecemos orientações sobre a importância de manter uma alimentação saudável, prática de atividades físicas e a importância de evitar álcool, fumo e outros tipos de drogas. Acompanhamos o peso da mãe e se indica a reposição de vitaminas, sendo o ácido fólico recomendado nas primeiras semanas de gravidez para prevenir as malformações do tubo neural. Identificamos as gestantes de risco e oferecemos um atendimento diferenciado, fazemos uma avaliação das características psicossociais e socioeconômicas da gestante, vigilância e controle das vacinas e imunização contra rubéola, tétano e hepatite B, assim como

a coordenação e planificação com o Hospital, sobre o número de grávidas da unidade de saúde para ser acolhidas o dia do parto.

O acompanhamento das puericulturas encontra-se bem organizado; temos um dia por semana só para realizar as puericulturas, que são feitas da forma recomendada pelo Ministério da Saúde (7 consultas no primeiro ano de vida, 2 no segundo e depois uma por ano) (INSTITUTE..., 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE, 2006; BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003), permitindo que determinadas circunstâncias identifiquem o aumento do número de consultas, como acontece com o recém-nascido de alto risco, além das visitas domiciliares, sobre todo, logo após do parto para a avaliação integral do recém-nascido. A primeira consulta da criança é sempre realizada pela enfermeira, reservando dois horários e orientando a frequência das próximas consultas com o médico; mas ainda temos dificuldades para lograr que seja feita na primeira semana de vida em alguns casos, mas trabalhamos com o apoio dos agentes comunitários para melhorar esse aspecto.

Todas as puericulturas são voltadas principalmente para a prevenção e promoção de saúde, no sentido de manter a criança saudável e garantir seu pleno desenvolvimento por meio da orientação de medidas eficazes, fazendo abordagem integral da criança e da família e garantindo a atenção especializada se necessário.

Realizamos ações encaminhadas a vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual, promover o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e a alimentação complementar saudável, ampliar a cobertura vacinal garantindo o acesso às vacinas disponíveis no SUS. Orientamos medidas de higiene física e mental e a prática de atividades de estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social; utilizando estratégias de comunicação e programas educativos que fortaleçam o vínculo familiar com a ESF.

Quando comecei a trabalhar na unidade de saúde, senti-me muito impactado com a quantidade de pacientes de saúde mental que demanda e procura atendimento médico. Eu tinha muitas dificuldades pela complexidade dos casos novos, mas com o apoio matricial e o estudo individual estou conseguindo poder abordar e atender melhor esses pacientes.

Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças (CAB Nº 34, 2013). Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser

percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas.

Promover o exercício físico, a boa nutrição e a prevenção do consumo de substâncias, são só algumas das ações realizadas por minha equipe de trabalho, pois estão ligadas a uma boa saúde mental e à prevenção das doenças mentais. Cadastramento das famílias e o diagnóstico da situação de saúde para prestar atenção diferenciada às famílias em situação de risco ou vulnerabilidade e estabelecer prioridades, preenchimento adequado dos prontuários individuais e correta evolução nas consultas utilizando o método de SOAP, a discussão de casos nas reuniões de equipe e com a equipe de Saúde Mental do município nos matriciamentos que fazemos mensalmente para o planejamento de ações de abordagem interdisciplinar assim como um bom acolhimento, todo isso sem preconceitos nem julgamentos. Coordenamos a participação dos familiares dos pacientes afetados nas atividades de matriciamento e grupo de saúde mental para assim educá-los e capacitá-los nos cuidados, tratamento e conduta a seguir nos casos de que eles ficarem agressivos; também coordenamos o seguimento e tratamento dos pacientes com o Psiquiatra do CAPS ou NASF II, tendo em conta as condições mentais deles, para interferir nos padrões perturbados de comportamento.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.

Acredito que dentro das ferramentas da APS, a visita domiciliar (VD) é uma das mais importantes para conhecermos a realidade de nossa população e ter condições de traçar e planejar estratégias para a promoção e prevenção de saúde. É muito reconfortante quando temos pacientes com assistência domiciliar e seguimos sua evolução, pois o médico acaba adentrando no âmbito familiar, tornando-se próximo à realidade e situação vivida por eles. Esta ferramenta envolve o trabalho multiprofissional no atendimento domiciliar e assume fundamental importância na abordagem da família, sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, permitindo assim a busca de soluções conjuntas que articulam os conhecimentos e as práticas profissionais para propor planos de ações educativos, preventivos e terapêuticos nos contextos em que estão inseridos (BRASIL, 2012).

A consolidação de a visita domiciliar no âmbito Atenção Primária à Saúde vem evoluindo desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e é o principal instrumento de contato com a população dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Processos relevantes, como as alterações demográficas e epidemiológicas, quais sejam, o envelhecimento da população (devido ao aumento da expectativa de vida) e a mudança do perfil de morbimortalidade, ocasionada pela expansão das doenças crônicas vem justificando estas mudanças. (BRASIL, 2012). Na prática, a quantidade de visitas por residência sofre influência das condições oferecidas pela gestão municipal e varia em função das condições de saúde de seus habitantes, bem como da do perfil demográfico do lar. A visita domiciliar representa a ferramenta de escolha para captar os indivíduos mais necessitados e ainda fornecer à equipe de saúde informações pertinentes sobre as condições socioeconômicas das famílias residentes na área adstrita.

Na ESF: Central, a prática da visita domiciliar é feita conforme a demanda dos familiares e, os casos propostos por os ACS e a enfermeira; todas as segundas-feiras na tarde. São realizadas juntamente com o agente comunitário de saúde e a enfermeira; em ocasiões, quando é necessário, o dentista e uma técnica de enfermagem. Cada caso é discutido na reunião de equipe para a vinculação e acompanhamento do paciente por outros profissionais do município como psicólogo, fisioterapeuta, e assistência social. Nas reuniões de equipe (toda quinta-feira de tarde) tentamos organizar as visitas domiciliares da próxima semana, tendo em conta as necessidades dos pacientes, a distância do posto de saúde e a disponibilidade de transporte.

A realização de procedimentos mais utilizadas nas visitas é a aferição da pressão arterial, da glicemia capilar em diabéticos, medicações por via intramuscular em pacientes que necessitam cuidados paliativos, e realização de curativos de úlceras. Quando há necessidade de exames laboratoriais, são solicitados e coordenados pela enfermeira para o técnico do laboratório fazer a coleta na residência do usuário. Outros exames como ECG, ultrassonografias e radiografias exigem o deslocamento dos usuários para a Unidade de Pronto Atendimento do município. Em seguida realizo exame físico e anamnese e dou às orientações. Forneço recomendações sobre bem-estar com todos, uso correto das medicações, higienização dos alimentos e pessoal. Atividades de promoção, prevenção e até reabilitação nunca faltam em cada visita, e sempre temos um espaço para esclarecimento, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões, para os cuidadores e demais familiares dos pacientes.

O principal problema que enfrento para realizar as visitas domiciliares, como já foi explicado na introdução do presente trabalho, é que por ser bem centralizada, a ESF referência para muitos bairros ao redor e temos uma alta demanda de atendimentos espontâneos, sendo eu, o único médico que trabalha na unidade de saúde, então muitas vezes resulta difícil cumprir com os horários programados para as visitas, já em muitas ocasiões teve que pospuser alguns atendimentos no domicílio por esse motivo. Outro obstáculo que ainda encontro é a falta de transporte, pois dependemos de algum dos carros que servem para apoio logístico na secretaria de saúde e, sendo assim, a maioria das vezes não tem nenhum disponível, tendo que ser estas feitas a pé ou no carro de algum dos profissionais da unidade que tenha a disposição de ajudar; assim como a falta de material estéril para fazer os curativos dos pacientes acamados.

Em relação ao quadro de doenças agudas os familiares vão à busca da unidade de pronto atendimento e serviços de emergências em hospitais de municípios vizinhos geralmente, pois a população já possui conhecimento da precariedade do serviço de nossa unidade de saúde que por muitas vezes faltam materiais básico para pequenos curativos e medicações simples, como analgésicos e anti-inflamatórios. Devido esse cenário dificilmente realizamos visitas domiciliares nos pacientes com doença aguda. Em sentido geral chegamos até os domicílios de alguns pacientes acamados, deficientes e aqueles com patologias em estágio terminal, assim como o resto dos membros de suas famílias, pois a VD focaliza a abordagem integral à família, não podendo qualquer dos indivíduos inseridos em um contexto familiar ficarem fora do programa.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.

O presente trabalho contribuiu imensamente, sobretudo, para a minha formação profissional, pois percebi mudanças positivas em minha atuação na atenção primária de saúde; aperfeiçoei meus conhecimentos sobre os protocolos de atuação, metodologia da investigação, habilidades técnicas para realizar procedimentos; aprendi a importância de interagir com a equipe e trabalhar em conjunto, discutindo tudo nas reuniões, pactuando ações e atuando no processo de planejamento e organização do serviço.

No princípio enfrentei muitas dificuldades na inserção no curso, devido aos poucos conhecimentos relacionados à informática e à forma de ensino a distância que para mim foi algo novo, mas pouco a pouco fui solucionando essas dificuldades, também foi um reto a adequação do trabalho às normas exigidas para um trabalho acadêmico, o que constituiu uma dificuldade nas diferentes atividades, reforçadas por o fato de interagir com um idioma diferente. Mas com todo consegui adquirir muitas habilidades no uso das ferramentas propostas, atingindo resultados de maior qualidade no atendimento à população pertencente a minha UBS. O trabalho em equipe ajudou no aprendizado desta caminhada desde o acolhimento no início da minha jornada até o momento presente, facilitando minha adesão à unidade de saúde.

Passei a seguir e aplicar o Modelo SOAP para registro das informações nas consultas, o método clínico centrado na pessoa, confeccionar o Projeto Terapêutico Singular, entre outras atividades que facilitam o manejo dos problemas dos pacientes, fortalecem a relação médico- pessoa, aumentam a satisfação, a aderência aos tratamentos e por fim, existe melhor recuperação; independentemente do tempo e dos recursos disponíveis assim como das condições de trabalho.

Além disso, o projeto de intervenção, e outras atividades desenvolvidas durante o curso, permitiram identificar e demonstrar para a presente gestão de saúde do município a realidade e as principais dificuldades que são enfrentadas no dia a dia nas unidades de saúde e que poderiam ser resolvidas facilmente para oferecer serviços de saúde de melhor qualidade, assim como oportunizou a percepção da necessidade de uma atuação intensificada.

Trabalhar na atenção primária me aproximou à realidade da população, tornando meus atendimentos mais humanizados. Observei às necessidades dos usuários e o que atingia aqueles habitantes. Desta forma pude intervir e interagir com uma maioria, inclusive com adolescentes.

A ferramenta do Portfólio, para mim foi de muita utilidade, já que permitiu a realização das atividades propostas de uma forma organizada e dinâmica, permitindo completar cada um dos elementos nela propostos de maneira sistematizada e integral.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSULTA PÚBLICA Nº 5, de 12 de DEZEMBRO de 2016: "Protocolo de Atenção as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - risco cardiovascular no âmbito da Atenção Básica". Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Condicoes-Cronicas---Provisao.pdf>. Acesso em: 30 Abril. 2018.

DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

Fuchs, FD. Hipertensão Arterial. Cap 65 in: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial- Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. Health care guidelines: preventive services for children and adolescents. Disponível em: . Acesso em: 5 maio 2018.

Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009; pp. 337-362.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Brasília, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_instrutivo_monitora_avaliacao_AD.pdf . Acesso em: 30 dez. 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de atenção domiciliar Vol 1. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2017.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Arq. Bras. Cardiologia. 2013; 101(4 Supl. 1): 1- 22.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiologia. 2010; 95(1 Supl. 1): 1- 51.

7. ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

JORGE PASCUAL ASECIO RONDÓN.

Proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos na ESF Central do município Charqueadas/RS.

**Charqueadas
2017.**

RESUMO

O presente trabalho é uma proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos na ESF Central do município Charqueadas/RS, por meio de um plano de ações para melhorar e promover hábitos e estilos de vida saudáveis e aumentar adesão ao tratamento proposto na consulta médica. A metodologia utilizada é qualitativa exploratória. Para o alcance do objetivo proposto será realizada uma abordagem multiprofissional e oficinas temáticas para promover hábitos e estilos de vida saudáveis; e no final da intervenção, será realizado o comparativo do antes e depois da educação em saúde ministrada aos pacientes. Espera-se uma mudança nos estilos de vida dos pacientes e uma maior adesão ao tratamento, diminuir ou retardar as complicações e um aumento dos conhecimentos sobre a doença.

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo Geral.	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	7
4. METODOLOGIA.....	10
4.1 Sujeitos envolvidos na intervenção.....	10
4.2 Cenários de intervenção.	10
4.3 Estratégias e ações.	10
4.4 Avaliação e Monitoramento.	12
5. CRONOGRAMA	13
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.	14
7. RESULTADOS ESPERADOS.	15
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	16
APÊNDICE.....	18

1. INTRODUÇÃO:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006; Malta, 2009).

Os valores que definem a HAS são PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. A aferição da pressão arterial deve ser realizada várias vezes para a confirmação do diagnóstico. Em condições ideais deve-se aferir a PA em pelo menos três ocasiões diferentes para a confirmação da doença (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

A hipertensão arterial pode ser classificada em ótima (Sistólica <120 /Diastólica <80), normal (S <130 /D <85), limítrofe (S130-139/D85-89), grau 1 (S140-159/D90-99), grau 2 (S160-179/D100-109), grau 3 (S ≥ 180 /D ≥ 110) e hipertensão sistólica isolada (S ≥ 140 /D <90) de acordo com a medida casual no consultório para pacientes maiores de 18 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Atualmente quase 25% dos brasileiros adultos têm risco de enfrentar a HAS. Esta patologia se caracteriza por uma elevada prevalência, dificuldades no controle e um grande número de complicações que acarretam um expressivo custo médico e social. Além de ser um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (DCV)

A HAS é colocada na origem das doenças cardiovasculares e, desse modo, acaba se tornando uma das causas de maior redução na expectativa e qualidade de vida da população (Passos VMA, 2006).

Segundo Williams (2010), em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Dados nacionais, do Ministério da Saúde, indicam que, no ano de 2000, as DCV foram responsáveis por 32,1% de mortalidade no Brasil (DATASUS, 2015).

O município de Charqueadas teve no ano 2016, uma alta prevalência de HAS sendo observado um aumento na quantidade de cadastros por essa causa. Observou-se que da totalidade de pacientes hipertensos, apenas 61% fizeram acompanhamento médico o que pode

ser uma das causas principais da HAS não controlada em nosso município (DATASUS, 2015).

No referente ao controle insatisfatório da hipertensão arterial, questionam-se quais seriam as justificativas para tal situação. Uma provável explicação estaria ligada ao fato de tratamentos pouco eficazes ou a falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Na ESF Central localizada na cidade de Charqueadas- RS existe uma alta quantidade de pacientes com HAS não controlada, principalmente pela falta de adesão ao tratamento; existem 3700 pacientes cadastrados e 630 são hipertensos (17.02 %) indicando uma alta prevalência da doença nessa comunidade.

Diversos fatores influenciam nesse processo, tais como características biossociais; à doença na sua cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias, os efeitos indesejáveis das drogas e esquemas complexos; os aspectos institucionais, como acesso ao serviço de saúde e ao relacionamento da pessoa hipertensa com a equipe de saúde, etc..

Deste modo, como forma de melhorar a adesão terapêutica, torna-se imprescindível o estabelecimento de relações confiáveis entre o usuário e os profissionais de saúde, além do desenvolvimento de ações educativas em atividades de prevenção e promoção de saúde. Partindo desse pressuposto, a adesão é um ponto fundamental para o planejamento de uma gestão de saúde de qualidade.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo geral:

Elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos na ESF Central do município Charqueadas/RS.

2.2 Objetivos específicos:

-Propor um plano de ações para melhorar e promover hábitos e estilos de vida saudáveis.

-Aumentar adesão ao tratamento proposto na consulta médica.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como importante problema de saúde pública diante do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida. Apesar disso, é uma doença de difícil controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado é insatisfatório. Isso evidencia a problemática da baixa adesão ao tratamento (Damasceno, 2008).

Estudos demonstram que, para hipertensos, a taxa de abandono ao tratamento é crescente, conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (Mansur, 2007; Medeiros, 2006), e segundo Castro o abandono do acompanhamento ambulatorial regular é na ordem de 45% num estudo com pacientes hipertensos no ano 2006.

As taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo variam no Brasil entre 23% e 62,1% (Ingaramo, 2005). Outros autores verificaram grau de adesão de 45% (Mendonça, 2010) e 22,5 % (Menezes, 2011), respectivamente. Esses dados são decorrentes, principalmente, de estudos que utilizaram métodos indiretos de avaliação da adesão por apresentarem baixos custos e factibilidade de aplicação.

Em sua publicação: “Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas para La acción”, a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano 2004, estabeleceu que diferentes fatores pudessem estar associados à adesão ao tratamento de pacientes com terapias de longo prazo (doenças crônicas), incluindo o uso dos medicamentos, mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares.

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (OMS, 2004).

Os hábitos e estilos de vida também são variáveis que devem ser avaliadas na caracterização da clientela hipertensa pelo destaque que possuem em relação às medidas do tratamento não medicamentoso. A adoção de estilos de vida saudáveis, como restrição da ingestão de bebida alcoólica, abolição do tabagismo, planejamento alimentar com redução do

sal e alimentos hipercalóricos, manejo de situações estressantes e atividade física regular, devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos.

Alguns estudos mostram baixa adesão a essas práticas na população em geral, e em grupos específicos, como os hipertensos. Em pesquisa realizada por Giroto, no 2011 foram identificados apenas 33,3% de indivíduos com dieta adequada, e somente 17,7% realizavam atividade física de forma regular. Investigação com hipertensos cadastrados no programa Hiperdia verificou que a restrição de consumo de sal é o principal artifício alimentar utilizado para o controle da hipertensão (63,0%), seguido da redução do consumo de gorduras (21,0%) e açúcar e doces (8,0%).

Atualmente, existem medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas realmente eficazes para o tratamento da hipertensão. Porém, tem-se verificado taxas insatisfatórias no controle da doença, expondo os hipertensos aos malefícios advindos das complicações. Considera-se que a falta de controle apresenta relação direta com a equivalente falta de adesão ao tratamento. A adesão, por sua vez, envolve uma gama de fatores, muitos deles coincidentes com os fatores de risco para a própria hipertensão arterial. Na estratificação do risco individual dos hipertensos, a busca por variáveis, além daquelas determinadas em consensos e guias, pode ser um pré-requisito importante para o reconhecimento de possibilidades que podem influenciar na almejada adesão ao tratamento e controle adequado da doença, além de evitar o abandono ao tratamento (Geraldo, 2008).

Uma ferramenta considerada importante para incrementar o controle e reduzir o impacto da doença, em todos os níveis de atenção à saúde, são as diretrizes de hipertensão arterial (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006). A Sociedade Brasileira de Cardiologia, associada com outras entidades, tem publicado as diretrizes desde 1991, visando a reduzir condutas inadequadas na assistência e constituindo a melhor opção para diagnóstico e tratamento, baseada em evidências científicas.

A elevada prevalência em adultos, somada ao fato de ser uma condição altamente sensível à atenção ambulatorial, torna a HAS uma prioridade assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Ações preventivas como os incentivos para a prática de atividades físicas, para melhores hábitos alimentares e para a redução do peso e do tabagismo servem também para o tratamento (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006). Com relação à terapêutica medicamentosa, dispõe-se de numerosos fármacos de eficácia comprovada em grandes estudos (Margolis, 2007). O controle da doença depende de ações adequadas das instituições e dos profissionais de saúde, bem como da adesão dos pacientes. O SUS oportuniza, de forma

ampla e gratuita, acesso aos profissionais de saúde e aos medicamentos, especialmente nas unidades básicas de saúde (UBS).

4. METODOLOGIA:

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

Pacientes hipertensos (630 pacientes) atendidos na ESF: Central no município de Charqueadas.

Será selecionada uma amostra de 100 pacientes hipertensos que atendam aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de hipertensão arterial confirmado no prontuário médico, em acompanhamento há pelo menos seis meses na unidade básica de saúde, concordância do hipertenso para a participação nas atividades programadas, adultos com idade acima de 18, e pertencer à área de abrangência da ESF.

Serão excluídos hipertensos com história de distúrbios mentais, hipertensas grávidas e aqueles que não cumpram com os critérios de inclusão.

4.2 Cenários da intervenção:

O projeto de intervenção será realizado na ESF Central, na cidade de Charqueadas.

4.3 Estratégias e ações:

Consiste em realizar uma abordagem multiprofissional (será disponibilizada uma consulta de enfermagem, uma atividade com nutricionista e uma consulta médica) e oficinas temáticas (tabagismo, atividade física, reeducação alimentar entre outras), para promover hábitos e estilos de vida saudáveis.

Etapa 1

Serão avaliados os níveis pressóricos dos hipertensos antes da intervenção e aplicaremos um questionário para avaliar o nível de adesão ao tratamento (escala de adesão terapêutica de Morinsky de 8 itens MMSA-8) (Apêndice 1). Concluída a intervenção, será aplicado novamente o questionário de adesão acima citado, com o objetivo de avaliar a adesão antes e depois da intervenção.

Etapa 2

Será realizada uma consulta de enfermagem, onde será aferida a pressão arterial e serão feitas medições de peso, altura e circunferência abdominal, para fazer o cálculo de Índice de Massa Corporal de cada paciente.

Etapa 3

Se realizarem oficinas temáticas com temas como atividade física, tabagismo, hábitos de alimentação saudáveis para promover estilos de vida saudáveis entre os hipertensos.

TIPOLOGIA	TEMA	PALESTRANTE
1º encontro	Acolhimento e introdução do programa.	Equipe de saúde
2º encontro	Palestra sobre hipertensão arterial, fatores de risco e suas complicações.	Médico
3º encontro	Palestra sobre adequados hábitos de alimentação.	Médico e Nutricionista.
4º encontro	Periodicidade no seguimento	Médico e enfermagem
5º encontro	Importância da adesão ao tratamento.	Médico e enfermagem
6º encontro	Prática de esporte	Equipe de saúde
7º encontro	Resumo da atividade.	Equipe de saúde

Será utilizada linguagem clara, coerente, sem uso de terminologia médica.

4.4 Avaliação e monitoramento.

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

Durante as reuniões semanais que serão realizadas com toda a equipe de saúde da Unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis alterações necessárias.

No final da intervenção, será realizado o comparativo do antes e depois da educação em saúde administrada aos pacientes.

5. CRONOGRAMA

ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	Nov 2017	Dec 2017	Jan 2018	Fev 2018	Mar 2018
Estudo da literatura para escolha do tema do projeto de intervenção	x	x	x		
Definição do problema, objetivos de pesquisa e da população – alvo		x	x		
Elaboração da estrutura básica do projeto (Construção do referencial teórico para apresentação e justificativa da relevância do tema, busca do desenho metodológico mais adequado)		x	x		x
Detalhamento metodológico do projeto (Estratégias e ações, avaliação e monitoramento, resultados esperados e cronograma)					x
Submissão de versão final do projeto para aprovação					x

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Recursos Humanos:

Profissionais Médicos, Enfermeiro, Nutricionista, Técnicos de enfermagem;

- Recursos Materiais:

Sala para realização de recurso, palestras;

Área para realizar esporte;

Canetas;

Folha A4;

Computadores;

Impressora.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se uma mudança nos estilos de vida dos pacientes, como abolição do tabagismo, planejamento alimentar com redução do sal e alimentos hipercalóricos, restrição da ingestão de bebidas alcoólicas, manejo de situações estressantes e prática de atividade física regular. Sabe-se que a adoção de um estilo de vida saudável está intimamente relacionada à melhoria da qualidade de vida e interfere de forma positiva no controle da hipertensão arterial.

Espera-se uma maior adesão ao tratamento, diminuir ou retardar as complicações e um aumento dos conhecimentos sobre a doença adquiridos com o Projeto de Intervenção.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [Site da Internet]. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSsp.def>.

Constantine R, Brownstein JN, Hoover S, Wordlaw-Stinson L, Orenstein D, Jones P, Farris R. Strategies for controlling blood pressure among low-income populations in Georgia. *PrevChronicDis*. 2008; 5(2): A52.

Documento do Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis no Brasil. Relatório N° 32576BR. 15 de novembro de 2005.

Lessa, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: Lessa, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. cap. 2, p. 29-42.

Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in *Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009; pp. 337-362.

Mendoça TL, Milward MM, Soler O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na unidade Municipal de Saúde de Fátima, Pará, Amazônia, Universidade Federal do Rio do Janeiro, Faculdade de Farmácia; 2010.

Menezes C, Wyler D, Gomes DS, Pereira C, Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia, Teresina, PI: Universidade Federal de Piauí; 2011.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *MedCare* 1986; 24(1):67-74.

Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(1) : 35 – 45.

Schmidt F. Hipertensão atinge 24,3% da população adulta – disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/14109/162/hipertensao-atinge-243-da-populacao-adulta.html> 2013

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol* 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol* 2006; Fev: 1-48.

Williams B. The year in hypertension. *JACC* 2010; 55(1):66-73.

9. APÊNDICE

Escala de adesão terapêutica de Morinsky de 8 itens MMAS-8

1. Você às vezes esquece-se de tomar os seus remédios para a pressão?
2. Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para a pressão alta?
3. Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos?
5. Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?
6. Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
7. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
8. Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os remédios para a pressão?

Respostas:

- a- Nunca
- b- Quase nunca
- c- Às vezes
- d- Frequentemente
- e- Sempre.