UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

LILLIAN MARQUES DE OLIVEIRA

PORTFÓLIO FINAL

Belém-PA

2017

LILLIAN MARQUES DE OLIVEIRA

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à UNASUS/USFCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do professor DANIEL VICTOR CORIOLANO SERAFIM.

Belém-PA

2017

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....4

2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....6

3- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....9

4- VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....12

5- REFLEXÃO CONCLUSIVA.....14

6- REFERÊNCIAS.....16

7- ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO(PI).....1

1. INTRODUÇÃO

Sou médica graduada pela Universidade Privada Aberta Latino-Americana (UPAL), com revalidação do diploma pela Universidade Federal do Amazonas no ano de 2014, atualmente trabalho na Unidade de Saúde da Família (USF) Isidoro Braga, bairro São Francisco, município de baião no interior do estado do Pará, local onde atualmente desenvolvo minhas atividades como bolsista do programa MAIS MÉDICOS, sendo essa a meu primeiro local de atuação após formada.

Dentre as novas oportunidades que surgiram, o programa MAIS MÉDICOS foi por uma das opções de escolha que fiz. Nesta jornada, adquiri conceitos cada vez mais sólidos a respeito dos propósitos aos quais me dediquei desde o início de minha carreira, pois de todas as áreas encontro, a atenção primária, abrange os maiores desafios a serem enfrentados diariamente e oferece satisfação igualmente grande ao aplicarmos conhecimentos adquiridos nesta qualificação, tendo como foco a atenção primária.

Atualmente, desenvolvo minha profissão na ESF Isidoro Braga, localizada no município baião-PA, cidade do interior do estado do Pará, a qual consta com uma população aproximada de 44.956 habitantes segundo o instituto de geografia e estatística no ano de 2016 (IBGE), trata-se de uma cidade com uma infraestrutura típica de região subdesenvolvida, no entanto tem um diferencial por seu porte turístico, mesmo assim enfrenta problemas de infraestrutura e saneamento, sendo esses pontos determinantes do processo saúde doença na região.

A cidade de baião fica localizada na mesorregião do baixo Tocantins, microrregião de Cametá, podendo ser acessada pela BR 424 ou pela PA 151 e por via fluvial pelo rio Tocantins, ficando a uma distância de 265 km da capital Belém, chegando a essa pelo porto de Arapari ou via alça viária.

A economia do município é pautada no comércio, atividade extrativista: pimenta do reino; mandioca; açaí; dentre outros produtos, além da piscicultura. Contém em sua estrutura urbana UBS´s, hospital municipal, 1 creche pró-infância, 1 biblioteca

municipal 1 polo da universidade federal do Pará, faculdades particulares, dentre outros locais públicos e privados de interesse social.

A região de entorno da unidade básica de saúde (UBS) é composta por uma área com saneamento básico e infraestrutura de serviços de boa qualidade e uma outra com péssima estrutura e abandono social, área povoada principalmente por trabalhadores do comércio e do extrativismo, a maioria analfabeta ou com escolaridade baixa.

Como já dito, a cidade composta, principalmente, de pessoas de baixa renda, que vivem em condições precárias e que geralmente sofrem de patologias crônicas e hipertensão arterial, desnutrição, parasitoses, leptospirose, febre tifóide, arbovirores, dermatozoonoses, dermatofitoses, hepatite A, leishmaniose e raiva, dentre outros.

Mesmo com uma creche na cidade ainda é insuficiente para a demanda local, porém está em andamento a construção de dois outros pontos de acolhimento de crianças, referente a escola, nas proximidades da UBS há uma única escola está em situação de pleno funcionamento, porém funcionando apenas em um turno. Apesar de termos em nossa população um grande número de idosos acamados, ainda temos muitas crianças pela rua vivendo em situação de agravo, e nossa maior demanda ainda são as doenças infecto-parasitárias. É possível notar entre os moradores, forte influência da cultura popular, sendo comum o uso de ervas e chás no tratamento de doenças, assim como uma resistência no seguimento de orientações básicas da equipe saúde da família. Por isso aceitamos o desafio de conviver com as diferenças, acompanhando de perto cada paciente, e o retorno que nós recebemos incentiva cada dia a continuar esta luta.

Esta troca de saberes e informações motivou a realização do projeto de intervenção entre os pacientes vivendo com Hipertensão arterial sistêmica. A realização de grupos de interação entre os pacientes e a equipe de saúde vem funcionando de forma harmoniosa e a manutenção dos níveis pressóricos da população acompanhada evidencia o sucesso desta experiência.

Estima-se que na população adulta brasileira, de 15 a 20%, são hipertensos.

A Hipertensão Arterial também é uma das três principais doenças cardiovasculares responsáveis por causa de morte nas sociedades ocidentais, segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2006).

Provavelmente, a Hipertensão, está envolvida em 50% das mortes causadas por doença cardiovascular, e sua fatalidade aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Desta forma o controle da pressão arterial é crítica para a prevenção de lesão a órgãos induzida pela hipertensão, porém a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e, consequentemente, sub-tratada, apesar de sua alta prevalência (CIPULLO et al.,2010).

Mediante isso torna-se de estrema necessidade que os profissionais da área da saúde como médicos enfermeiros, agentes comunitários de saúde dentre outros atentam-se para essa problemática, por isso tais profissionais devem entender o seu real papel diante da população em que atua, qual seja a de atuar de forma completa e humanitária. Portanto, esse enfrentamento incessantemente é eficaz quando realizado por pessoas capacitadas que aprimoram frequentemente seus conhecimentos, objetivando a melhoria da prestação de serviço de atenção básica com um retorno na melhoria da qualidade de vida dos usuários dos serviços públicos.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Na Atenção Primária em Saúde (APS) nos deparamos com muitas patologias recorrentes com hipertensão, diabetes, Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST), dentre várias outras problemáticas. Diante disso e da necessidade de melhorar os serviços prestados a nível primário, foi escolhido um caso clínico que, de certa forma, tem uma prevalência grande e nos direciona a ter um cuidado especial em relação a educação sexual, visto que a recorrência de quadros clínicos semelhantes tem um quesito que é relacionado a falta de informações, por parte da equipe de saúde, e de autocuidado por parte dos pacientes, o caso trata-se um episódio de candidíase vaginal, segue o caso.

Paciente doa Camila F.S, 33 anos, feminino, divorciada, comerciante, católica, natural e procedente de Baião-PA, mãe de dois filhos ,Gabriela de 10 anos , e Carlos de 8, sua mãe dona Cleide de 64 anos é hipertensa também faz acompanhamento na UBS, seu pai já falecido a um ano seu João 65 anos, vítima de infarto agudo do miocárdio, veio a consulta mediante agendamento prévio, passando pela triagem trouxe os seguintes dados PA;120 /80 mmHg, FR;33 ipm, FC; 70 bpm, peso 60 kg, altura 1,58m, IMC de 24, circunferência abdominal de 76 cm, hígida sem quais quer alterações a inspeção dinâmica.

Segue a consulta: Ao adentrar ao consultório deu bom dia, pulei a parte da apresentação por já conhecer a paciente, logo em seguida perguntei qual o motivo da consulta e dona Camila relatou com queixa principal uma “infecção urinaria”, perguntei quais eram os sintomas ela relatou que estava com “as partes” muito vermelhas e que caçava muito, então questionei a quanto tempo estava se sentindo assim, relatou-me que a umas três semanas, achava que tinha pegado do namorado, questionei se ardia ao fazer xixi, ela disse que só coçava e doía na hora do ato sexual e que estava impossibilitando de praticar tal ato, pedi que a técnica de enfermagem dona clara que entrasse no consultório, e perguntei para dona Camila se poderia examina-la, ela disse que não tinha problema, partimos para o exame ginecológico no qual pude perceber que sua vagina estava bastante hiperemiadas e esbranquiçado com conteúdo vaginal aumentado, algumas placas brancas aderidas nas paredes vaginal.

Transcorrido o exame ginecológico, dona Clara disse que por não estar conseguindo praticar sexo vaginal a única solução para agradar o namorado era o sexo via anal, questionei se ela usava preservativo, ela disse que as vezes sim, porém

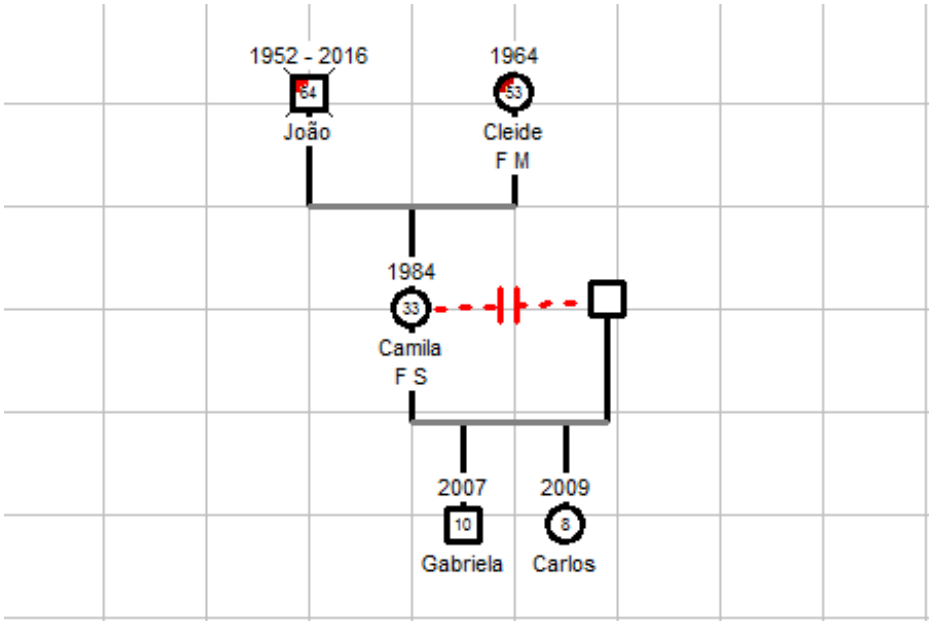
ela fazia uso de anticoncepcional que tinha sido passado por uma ginecologista, perguntei o nome do remédio e ela disse não lembrar direito. Disse que sua mãe, que também fazia acompanhamento comigo lhe passou um chá, no entanto não teve sucesso algum, perguntei se tinha mais alguma coisa que lhe incomodava ou algum outro sintoma, ela disse que no momento era só aquilo.

Orientei que fizesse o uso de preservativo pelo menos até sumir os sintomas, prescrevi Nistatina creme, uma aplicação por dia, de preferência a noite, por 14 dias, após fazer xixi lavar bem a parte intima e secar, trocar toalha lenços e roupas intimas diariamente, pedi que seu namorado fizesse o uso de Fluconazol 150 mg comprimido em dose única, e que retornasse em vinte dias para eu reavaliar.

Transcorrido o período indicado, dona Clara retornou à consulta, chegou sorrindo e aparentemente muito contente, disse que tinha dado certo o tratamento, que estava tudo normal, perguntei se poderia ajudar com mais alguma coisa ela disse que estava muito bem, que veio para falar isso, falei que se o sintoma voltasse que ela procurasse atendimento.

Nesse caso podemos perceber que as IST são patologias que acabam por prejudicar muito o público feminino, que orientar e explicar a forma como se proteger e fazer o autocuidado além de propiciar qualidade de vida para o paciente também melhora a relação médico paciente, na APS devemos ter esse cuidado para que possamos ser efetivos e consigamos ter um feedback positivo da comunidade.

Segue o Genograma da família:



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O Ministério da Saúde segue como definição de adolescência a prescrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que caracteriza o período de 10 e 19 anos e compreende como juventude a população dos 15 a 24 anos (BRASIL, 2010). O Estatuto da Juventude (Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013) define juventudes a partir de faixas etárias. Dos 15 a 17 anos são adolescentes-jovens; dos 18 a 24 anos de jovens-jovens e entre os 25 a 29 anos são denominados jovens-adultos. Portanto, nessas definições há uma interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Essa população, entre 10 a 24 anos, representa um contingente expressivo de mais de 50 milhões pessoas no Brasil (IBGE, 2010)

Assim, a população adolescente e jovem vive uma condição social que é única: uma mesma geração, num mesmo momento social, econômico, político e cultural do seu país e do mundo. Ou seja, a modalidade de ser adolescente e jovem depende da idade, da geração, da moratória vital, da classe social e dos marcos institucionais e de gênero presentes em dado contexto histórico e cultural (MARGULIS; URRESTI, 1996; ABRAMO, 2005 apud BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens apresenta-se como um desafio, por tratar-se de um grupo social em fase de grandes e importantes transformações psicobiológicas articuladas a um envolvimento social e ao redimensionamento da sua identidade e dos novos papéis sociais que vão assumindo (AYRES; FRANÇA JÚNIOR, 1996 citado por BRASIL, 2017)).

Além disso, os universos plurais e múltiplos que representam adolescentes e jovens intervêm diretamente no modo como eles traçam as suas trajetórias de vida. Essas trajetórias bem-sucedidas ou fracassadas são mais que histórias de vida, são “reflexo das estruturas e dos processos sociais” que ocorrem de maneira imprevisível, vulnerável e incerta e que vão interferindo no cuidado com a vida e com a suas demandas de saúde (LEÓN, 2005 apud BRASIL, 2017).

Dessa forma, a gravidez na adolescência é um problema extremamente relevante uma vez que vem aumentando sua incidência e apresenta uma série de repercussões como o abandono escolar e maior taxa de complicações da gestante (YAZLLE,2006 apud DOMINGOS, 2010). Ainda segundo Yazlle (2006) a gravidez na adolescência é um problema de saúde pública importante, é comum e na maioria das

vezes inevitável; está diretamente associada a sequelas negativas para as adolescentes que se tornam grávidas e para seus filhos.

Comparados com filhos de mulheres não adolescentes, os filhos de adolescentes têm maior índice de baixo peso ao nascimento, mortalidade infantil aumentada, pior desenvolvimento cognitivo, e se mulher, tem maior probabilidade de ficar grávida na adolescência. Assim, a gravidez nesta fase da vida representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 e 19 anos, seja por complicações na própria gravidez ou pela prática clandestina de aborto (SOUZA,2001 citado por DOMINGOS, 2010).

Na atualidade, vê-se os relacionamentos sexuais começando cada vez mais cedo, impulsionados pela imposição social que leva crianças a adolescerem precocemente e de forma semelhante, leva os adolescentes a rapidamente ingressarem na vida adulta, mesmo não estando preparados psicologicamente (DOMINGOS, 2010).

Em 2011, por exemplo, no Brasil, tivemos 2.913.160 nascimentos; destes, 533.103 de meninas de 15 a 19 anos, e 27.785 de meninas de 10 a 14 anos, representando 18% e 0,9%, respectivamente, de adolescentes grávidas nesta faixa etária. Apesar de os números indicarem uma diminuição de nascidos vivos nessa faixa etária nos últimos 10 anos, as percentagens ainda são extremamente preocupantes, com particular atenção para menores de 15 anos (IFAN, 2013/14).

Ainda sobre a problemática sobre gravidez na adolescência Guanabens et al (2012) esclarecer que:

> É fato que a associação entre conhecimento de métodos contraceptivos e prática do sexo seguro é frágil, levando à gravidez na adolescência e ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis. Mesmo em queda, a incidência de grávidas adolescentes no Brasil é considerada elevada, correspondendo a 21,6% do total de grávidas em 2006. O acesso às políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual tem sido considerado de grande importância na redução do número de partos feitos em adolescentes na rede pública brasileira, que diminuiu em 30,6% nos últimos dez anos. Um dos aspectos

> agravantes dessa questão é que a gravidez na adolescência é mais frequente nos estratos de renda mais baixa e, para muitas jovens, engravidar é uma escolha tomada como um meio de inserção social. É notável, ainda, a relação existente entre gravidez e abandono escolar, pois se estima que 57,8% das meninas brasileiras com filhos não estudam nem trabalham (Pg. 2)

Nesse sentido, fica evidente que mães cada vez mais novas se apresentam como um problema de atenção pública devido as suas dimensões no que se refere as consequências de tal situação, como por exemplo abandono escolar, números de abortos e, até mesmo óbitos dessas pacientes adolescentes.

Quanto à evolução da gestação, existem referências a maior incidência de anemia materna, doença hipertensiva específica da gravidez, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, prematuridade, placenta prévia, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal agudo intra-parto, complicações no parto (lesões no canal de parto e hemorragias) e puerpério (endometrite, infecções, deiscência de incisões, dificuldade para amamentar, entre outros), (YAZLLE, 2006;HERCOWITCH, 2002; FORESTI, 2000 apud DOMIGOS, 2010).

No que concerne ao número de óbitos, em 2002, foram registrados segundo o Ministério da Saúde, no DATASUS,1.650 óbitos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Destas mulheres, 268 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 687 (42%), entre 20 e 29 anos. Portanto, mais da metade dos óbitos maternos registrados pelo DATASUS atingem a população mais jovem (58%). Este dado pode estar relacionado à precariedade na assistência ao pré-natal e, no caso deste segmento populacional, à ausência de atenção específica a adolescentes e jovens gestantes (BRASIL,2004).

Assim, a gravidez na adolescência representa um dos principais riscos de mortalidade de mãe e de criança. Portanto, a redução no índice de gravidez em adolescentes deve ser prioridade nos países que desejam atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio. As meninas grávidas precisam de atendimento físico e psicológico especial durante os nove meses de gestação, para preservar sua própria saúde e a de seus bebês.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar é sem dúvidas um instrumento de grande ajuda na Atenção Primária, conseguimos melhorar o cuidado e ampliar a cobertura da área, assim como mapear as situações de vulnerabilidade e direcionar as ações de saúde de acordo com a necessidade da população. As visitas domiciliares costumam ser feitas em um único dia da semana, os grupos beneficiados são os que tem alguma dificuldade de locomoção, seja ela passageira ou definitiva, a maioria é composta por idosos, acidentados, vítimas de acidente vascular, deficientes físicos, pacientes psiquiátricos, e vários outros. Assim, como exemplo dessa modalidade de atendimento escolhi um caso em particular.

O caso é do seu Antônio, paciente do sexo masculino, 35 anos, branco, solteiro, ex-militar, natural da cidade de Abaetetuba-PA, procedente e residente Baião-PA de há três anos. A consulta em visita domiciliar foi solicitada pela irmã, Luísa que compareceu à unidade de saúde do bairro para marcá-la.

Chegamos à residência da família e fomos prontamente recebidos. Na casa, moravam os dois irmãos, o marido de Luísa e seu filho em idade escolar. Apenas os dois irmãos estavam presentes no momento. Feitas as apresentações, iniciamos a consulta, na sala de estar da residência. Logo percebi a condição especial de Antônio, que não movia o tronco e membros e estava em cadeira adaptada a tetraplégicos. Iniciei, então, a consulta pela história pregressa do paciente, antes de me atentar à queixa atual.

Antônio trabalhava para o exército de sua cidade natal, São Paulo, porém estava de férias quando o fato aconteceu. Há quatro anos, quando ele tinha 31 anos de idade, sofrera um acidente automobilístico do tipo colisão frontal, no qual o seu carro bateu em na lateral de uma caminhonete avançou a sua preferencial. Ele foi cuspido do carro através do para-brisa e perdeu a consciência no momento do acidente, retomando-a apenas duas semanas depois. Quando acordou, já no hospital, lembra-se de não conseguir mexer as o corpo todo. Passou ainda por diversas cirurgias na coluna, no ombro e na cintura. A tetraplegia, porém, já era certa por volta da terceira semana de internação. Seguiu com os cuidados hospitalares por mais três semanas até receber alta.

Em São Paulo, morava com os pais em um prédio na periferia da cidade. Como o prédio não era adaptado e não havia possibilidade da família em se mudarem para

outro local, decidiram que o melhor seria morar com a irmã, que mora em Santarém há seis anos a trabalho e possuiu casa própria, com piso único e mais fácil de adaptar. Assim, o paciente chegou à cidade há três anos e vive aqui até hoje. Faz acompanhamento periódico com equipe especializada em reabilitação. Vem apresentando progressos (sic).

O motivo da consulta, entretanto, não estava relacionado às comorbidades de Antônio. O paciente queixou-se de tosse, febre e certa falta de ar há cerca de cinco dias. A tosse era o sintoma mais proeminente, durante a própria consulta eu pude percebê-la. Era produtiva, com eliminação de catarro esverdeado, durava o dia todo e não havia fatores de melhora ou piora. Negou hemoptise. A febre era de, em média, de 39,5ºC e durava o dia todo, mas respondia ao uso de antipirético. A dispneia ocorria mais raramente, geralmente durante os picos febris. O paciente relatou ainda cefaleia e hiponorexia. Nega demais queixas. Nega hipertensão e diabetes. Também negou internação no último ano. Ao exame físico, o paciente apresentava-se hipocorado, afebril, anictérico e hidratado. Não havia anormalidades à oroscopia. Na auscuta pulmonar detectei estertores em bases direita e esquerda. O exame do precórdio foi normal.

Optei por tratar empiricamente pneumonia adquirida na comunidade (PAC) naquele paciente. Apesar do diagnóstico de PAC pedir radiografia de tórax, percebi que a dificuldade de locomoção e mesmo a demora em se obter o resultado do exame poderia ser um malefício para o paciente, que precisava de uma intervenção mais rápida. Iniciei, assim, a antibioticoterapia com macrolideo e betalactâmico e marquei uma reavaliação em três dias para analisar a eficácia do esquema.

Na reavaliação do paciente percebi que o mesmo estava respondendo ao tratamento de forma positiva, havendo um abrandamento dos sinais e sintomas. Passados duas semanas o ACS veio informar que o paciente estava recuperado da patologia. Notoriamente a visita domiciliar foi importante para esse paciente, assim como é para outros com patologias distintas, fazendo dessa atenção na residência uma forma de cuidado digno e respeitoso para os pacientes refletindo na melhoria da qualidade de vidada dessas pessoas.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A participação no programa MAIS MÉDICOS sem dúvidas foi uma experiência singular, tive a oportunidade de aprender coisas novas relacionadas a minha atuação na atenção primária, assim como modificar algumas posições relacionadas a condutas e planos terapêuticos, ganhei segurança no modo como trabalho e pude levar minhas experiências para os colegas que trabalham comigo.

Assim, avalio que o curso de especialização me deu um suporte teórico muito proveitoso, no eixo I tivemos a oportunidade de trabalhar melhor nossas habilidades de mapear nosso território, o que me deu uma visão privilegiada da comunidade que estou inserida, analisando as particularidades e traçando um perfil epidemiológico, assim como as situações de vulnerabilidade dos meus pacientes.

Tudo isso, fez com que melhorasse minha atuação, tanto dentro da UBS, estando em contato com as realidades locais pude melhorar a comunicação com outros colegas e isso nos possibilitou aprimorar as ações de saúde e gerenciar melhor nossos recursos, priorizando as situações mais delicadas.

Indubitavelmente tudo isso teve um suporte técnico de qualidade, pois a pratica diária foi apoiada por conteúdos dinâmicos e práticos bem voltados para o que encontramos na nossa atuação, os casos complexos, do eixo II, foram muito bem selecionados, com temas de extrema utilidade na APS, trazendo a tona as reais necessidades que precisamos enfrentar como saúde da mulher, do idoso ,entre várias outras temáticas, nos fazendo tomar condutas mais enxutas e racionais, melhorando muito nossa pratica clínica.

Outro ponto que acredito ser muito importante foi a elaboração tanto do projeto de intervenção, quanto do portfólio, pois ambos os trabalhos nos envolveram com temáticas da nossa vivencia em loco, o que nos deu a possibilidade de levar a outras pessoas as situações que enfrentamos nas nossas áreas.

Por fim, acredito que os ganhos sociais e particulares, com o curso, foram enormes, pois pude interagir com outros colegas através dos fóruns, podendo analisar suas realidades de trabalhos, assim como interagir melhor com meus pacientes, melhorando essa relação a qualidade das consultas também foi melhorada e a

humanização se faz presente quando tratamos da melhor forma possível nossos pacientes, oferecendo-lhes qualidade de vida e atendimento digno.

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Diário Oficial da União. Brasília, 16 jul. 1990.1356p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília,2006.56p

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cação JC, Loureiro AA, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arq Bras Cardiol. 2010;94(4):519-26.

DOMINGOS, A.C. **Gravidez na adolescência: enfrentamento na estratégia de saúde da família.** Uberaba, 2010. 39f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba- MG, 2010.

GUANABENS, M.F.G; GOMES, A.M; MATA, M.E; REIS, Z.S.N. Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente. Rev. bras. educ. med. vol.36 no.1 supl.2 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTÍCA. Censo Demográfico de 2000.Rio de Janeiro, 2001.

World Health Organization -WHO. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue BullWorld Health Organ,87,p.410–411, 2009

Anexo1-Projetode intervenção

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

LILLIAN MARQUES DE OLIVEIRA

A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUAS DIFICULDADES DE ACOMPANHAMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BAIÃO-PA, NO ANO DE 2017.

BELÉM

JUNHO/2017

RESUMO

Devido ao grande número de casos de HAS subnotificados ou mesmo o crescente número de pessoas expostas a fatores de risco de desenvolverem a Hipertensão ou suas complicações secundárias foi pensado o tema a hipertensão arterial sistêmica na atenção primária e suas dificuldades de acompanhamento em uma unidade de saúde no município de Baião-Pa, no ano de 2017, sendo justificado pela necessidade de acompanhamento dos casos já diagnosticados assim como a orientação e manejo adequado dos novos casos. Além do mais, pela natureza silenciosa da HAS e suas repercussões é necessário que se faça uma intervenção no sentido de promover a saúde da população, mediante a educação continuada fazer com que os pacientes criem o habito de promover o auto cuidado, modificando hábitos de vida como deixar de fumar ou ingerir álcool e outras drogas, fazer alimentações regulares e saudáveis incluindo frutas e verduras e consumido menos massas e gorduras, tomando medicação de forma correta assim como praticando exercícios de forma regular, segundo a associação brasileira de cardiologia é necessário manter os níveis pressóricos nos limites normais, assim evitando problemas e diminuindo a morbimortalidade assim como a oneração dos serviços públicos, com tudo isso o projeto de intervenção vem somar recursos para que a atenção primaria tenha um feedback positivo com a população.

Palavras-chave: hipertensão; autocuidado; educação continuada.

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**4**
2	**OBJETIVOS**	**5**
2.1	OBJETIVO GERAL	**5**
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**5**
3	**REFERENCIAL TEÓRICO**	**6**
4	**METODOLOGIA**	**9**
5	**CRONOGRAMA**	**10**
6	**RECURSOS NECESSÁRIOS**	**11**
7	**RESULTADOS ESPERADOS**	**12**
8	**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**	**13**

1- INTRODUÇÃO

O presente trabalho de intervenção realizado no município de Baião na região nordeste do estado do Pará, com uma população estima de 36.882 habitantes com uma densidade demográfica de 9,81 habitantes por km² com um crescimento populacional de 5,73% com uma renda mensal por individuo de 221 reais.

A unidade de saúde da família Izidoro Braga São Francisco está localizada no Bairro de são Francisco ou sitio como é conhecido pela população. Realiza a atenção principalmente na zona urbana com uma população mista, a equipe está passando por um processo de reorganização dos seus serviços por o trabalho na unidade está sendo centrando apenas na atenção a demanda espontânea realizada tanto pelo profissional médico como pelo enfermeiro o que dificulta a atenção aos pacientes de grupos prioritários.

No que diz respeito à atenção dos pacientes hipertensos muitas vezes perdemos o diagnóstico de novos casos e a atenção aos que já estão no programa de Hiperdia pela falta de organização dos agendamentos não tendo um dia fixo para a atenção desse grupo o que se torna um problema ocasionando que muitos dos pacientes desistam do tratamento por chegar a unidade e não ter mais vagas para o atendimento.

Assim se constitui o problema dessa intervenção a realização da busca por casos novos e o resgate dos pacientes com hipertensão arterial sua dificuldade do diagnóstico e os acompanhamentos desses pacientes no ano de 2017 na unidade de saúde da família izidoro Braga são Francisco?

Atualmente a unidade com a implantação do projeto para vai passar ater um conhecimento do número da população que sofre dessa doença e o retorno dos pacientes já diagnosticados anteriormente podendo assim haver a criação de uma agenda na unidade para atenção da população em enfoque e assim prestarmos um atendimento de qualidade a todos mesmo por que é preciso encontrar estratégias que maximizem o envolvimento das pessoas com as mudanças de hábitos necessárias a uma vida saudável (OLIVEIRA et al, 2013).

2- *OBJETIVOS*

Objetivo Geral

- Conhecer os casos novos e antigos de homens e mulheres com Hipertensão Arterial na usf Izidoro Braga.

Objetivos Específicos

- Reorganizar a atenção da unidade para o agendamento das consultas dos pacientes com hiperdia.

- Medir a incidência da hipertensão arterial nessa população

- Acompanhar a variação da hipertensão arterial segundo a idade e sexo do paciente.

- Realizar a atenção domiciliaria aos com dificuldade de aceso;

3- REVISÂO DE LITERATURA

Hipertensão arterial (HA) é condição clinica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. 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 melito (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).

No Brasil, por exemplo, 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 DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país. Além disso, as taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. Ainda assim, as DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013.

No que se refere as complicações da HAS, Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, 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. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm 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, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006 citado por Brasil 2013).

Dessa maneira, no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, as modificações de estilo de vida são de fundamental importância. Pois desse modo, dentre os principais fatores de risco para essa condição clínica, podemos citar que uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são critérios que devem ser adequadamente abordados e controlados (MS, 2006).

No que se refere ao diagnóstico da HAS, a maioria das diretrizes recomendam que deve ser definido por PAS >140 e PAD>90 mmHg, ou ambas, em medidas repetidas, para adultos >18 anos, embora para pacientes com 80 anos ou mais, é aceitável PAS de 150 mmHg. Além disso, deve ser levado em consideração o método de avaliação dessa pressão, seja por automedição, no ambulatório, MAPA ou mesmo MRPA. Assim, essas definições são baseadas nos resultados dos maiores estudos clínicos, que mostraram benefícios com o tratamento de pacientes com aqueles níveis pressóricos. Todavia, a tabela exemplificada abaixo exibe os parâmetros atuais de PA baseados na SBC.

Tabela 1: Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤120	≤80
Pré-Hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Observação: Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam -se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.
Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3

Fonte: 7ª Diretrizes Brasileira de Hipertensão (SBC, 2016).

Sobre os sintomas, O sintoma que seria o mais frequente e específico observado num indivíduo hipertenso é a cefaleia. A cefaleia suboccipital, pulsátil, que ocorre nas primeiras horas da manhã e vai desaparecendo com o passar do dia, é dita como característica, porém qualquer tipo de cefaleia pode ocorrer no indivíduo hipertenso. A hipertensão arterial de

evolução acelerada (hipertensão maligna) está associada com sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náusea e vômito (vasoconstrição arteriolar e edema cerebral), caracterizando a encefalopatia hipertensiva. Outros sintomas, tais como epistaxe e escotomas cintilantes, zumbidos e fadiga, também são inespecíficos, não sendo mais considerados patognomônicos para o diagnóstico de hipertensão arterial.

Entretanto, no que se refere a avaliação do paciente hipertenso, deve-se levar em consideração o risco cardiovascular-CV, além de lesões de órgãos-alvo e também pensar em comorbidades associadas. Isto possibilitará escolher a melhor conduta terapêutica e se resultará em um bom prognostico para o paciente.

No Brasil, por exemplo, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009 citado por MS, 2013).

Assim, o combate a condição clínica da hipertensão remete a um conjunto de atores e também de diversas ferramentas. É necessário não somente o tratamento farmacológico, mas a campanhas de prevenção e promoção de saúde, sendo essa realizada por uma equipe de saúde capacitada e voltada para promover tais atividades. Isto é reafirmando pelo MS no qual refere a grande importância da atenção primaria no quesito de combater o problema da Hipertensão e outras doenças crônicas. Estudos apontam, por exemplo, que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família (SHARMA et al., 2004 citado por MS, 2013).

Portanto, os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem, também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, consequentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (MS, 2013).

4- METODOLOGIA

A pesquisa se iniciará em fazer uma breve estimativa dos problemas enfrentados pela comunidade, especialmente no que se refere a HAS. Logo em seguida, partirá para uma busca ativa de casos, estabelecendo um número de pacientes hipertensos e também aqueles que apresentam riscos para adquiri-la.

Após isso, a pesquisa tenderá para o caráter exploratório, e também um estudo de corte, baseado inicialmente no levantamento bibliográfico e também um acompanhamento com pacientes hipertensos. Mediante a intervenção clínica, a pesquisa possui o objetivo de focar no aspecto preventivo e promover um retorno para o grupo estudado com ações que visem trazer benefício para os possíveis indivíduos do estudo.

Mediante o projeto de intervenção, será direcionado um atendimento para os indivíduos nos grupos de risco, a partir de então fomentar o autocuidado e medidas preventivas de complicações da doença, assim como medidas de controle dos níveis pressóricos com a terapêutica medicamentosa e a mudança do estilo de vida, incitando a pratica regular de exercícios, assim como uma alimentação balanceada e nos casos de uso de medicação que se faça de forma correta.

5. CRONOGRAMA

Procedimento	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Apresentação do projeto à equipe	X					
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Busca dos pacientes na micro área		X	X			
Planejamento/Organização das atividades			X			
Entrega dos convites aos pacientes pelos ACS				X	‘	
Realização das atividades coletivas e aplicação das entrevistas					X	X
Avaliação do Projeto pela equipe						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos Humanos

- Oito agentes comunitárias de saúde;

- Dois técnicos de enfermagem;
- Duas enfermeiras;
- Um médico.

6.2 Recursos Materiais

- Sala para realização dos grupos;
- Canetas;
- Folhas A4;
- Computadores;
- Impressoras;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A);

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final deste projeto de intervenção, espera-se:

- Discutir com a população a respeito da importância da manutenção e acompanhamento dos níveis pressóricos;

- Elucidar a comunidade as dúvidas referentes a hipertensão arterial sistêmica, principalmente as dos pacientes em acompanhamento no programa Hiperdia;

- Elaborar e implementar orientações para a equipe multiprofissional sobre a promoção, a prevenção e acompanhamento das comorbidades relacionadas a hipertensão e seus agravos;

- Desenvolver didáticas voltadas a promoção do autocuidado e a mudança de hábitos de vida nos pacientes hipertensos.

- Estimular a inclusão dos tratamentos não medicamentosos, assim como a pratica de exercícios físicos no dia a dia dos pacientes hipertensos.

- Incentivar a adesão aos tratamentos farmacológicos, assim como a utilização correta dos medicamentos.

8. REFERÊNCIAS

Arquivos Brasileiros de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, Setembro 2016.

Brasil, Ministério da Saúde. 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.

OIGMAN, Wille. Sinais e Sintomas em Hipertensão arterial. JBM. Setembro/ Outubro, 2014. Vol. 102. Nº05.

Oliveira CJ, Moreira TMM. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. Rev Rene. 2010;11(1):76-85.