

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

TAIRE CLAXTON CARRION

PORTFÓLIO FINAL

Professora- Orientadora: Vanessa Vilhena Barbosa

Tefé - Amazonas

2018

TAIRE CLAXTON CARRIÓN

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UNASUS/UFSCPA,
como requisito parcial para conclusão
do Curso de Especialização em Saúde
da Família sob orientação da Professora
Dra. **Vanessa Vilhena Barbosa**, médica de
família e comunidade.

SUMÁRIO

1. Atividade 1 do Portfólio - Introdução	4
2. Atividade 2 do Portfólio - Estudo de Caso Clínico	6
3. Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças	13
4. Atividade 4 do Portfólio - Visita domiciliar/Atividade no domicílio	17
5. Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva	20
6. Referências Bibliográficas	22
7. Anexo 1 - Projeto de Intervenção	23

Atividade 1 do Portfólio - introdução

Eu sou o doutor Taire Claxton Carrión, tenho 37 anos, sou médico cubano especialista em Medicina Geral Integral faz 7 anos e tenho 11 anos de experiência trabalhando em APS com a medicina familiar. Trabalhei como médico de família e comunidade em os países da Cuba, Bolívia e Venezuela. Hoje eu estou trabalhando na UBS Mutirão, no município Tefé do estado Amazonas pertencendo ao Programa Mais Médicos para o Brasil já faz um ano.

Eu trabalho nas áreas pertencente à equipe 7 da Unidade Básica que fica perto do aeroporto em no bairro que tem por nome Santa Tereza. A população que assisto é urbana morando em casas de cimento uma pequena parte, mais a grande maioria mora em casas de madeira (de um só andar) e na beira do rio, com uma infraestrutura desfavorável e ruim, aportando um número significativo de doentes pelas condições desfavoráveis de vida e os baixos ingressos econômicos que tem as famílias. Eu tenho em meu território de abrangência um total de 4845 pessoas distribuídas em 1084 famílias, o gênero que predomina é o masculino. Seguimos atualmente o pré-natal das 39 grávidas cadastradas e tratamos de oferecer as melhores oportunidades de planejamento reprodutivo às mulheres em idade fértil para diminuir os riscos antes da gestação. Temos 97 crianças menores de 1 ano, todas acompanhadas pela equipe. A população está em processo de envelhecimento pela melhoria das condições de vida e dos serviços de saúde, agora com 689 idosos. As doenças crônicas mais frequentes são a Hipertensão Arterial com 482 hipertensos e a Diabetes Mellitus com 132 diabéticos, mais de um 80% acompanhados em consulta de HIPERDIA. As doenças transmissíveis de maior aparição são: digestivas, sexuais e respiratórias.

O bairro tem muitas ruas de terras e madeiras que dominam o entorno, fazendo contraste com as escassas ruas asfaltadas e sem rede de esgotos. Com relação ao gênero de vida posso afirmar que mais do 60% das casas não apresentam conforto e tem superlotação nas mesmas já que moram mais de 2 famílias em sua gram maioria, além estão rodeadas de riscos ambientais - sanitários, biológicos, etc.

Os Bairros não têm muito movimento, as pessoas somente vão a supermercado, ao posto de saúde, a escola e a igreja. Eles acham que é muito bom morar aqui porque

o nível de violência é muito baixo, se conhecem e confiam uns nos outros. Entre os maiores meios de sustento estão: o comércio, a pesca, agricultura e o trabalho em empresas públicas.

Após uma reflexão e discussão coletiva com nossos profissionais da saúde, comunidade e agentes comunitários, foi identificado como principal problema de saúde:

O aumento da incidência de Hipertensão Arterial.

Partindo do problema identificado a equipe trabalhou seguindo o critério de magnitude e vulnerabilidade da hipertensão arterial e as complicações decorrentes. Por quanto decidi fazer um projeto de intervenção sobre esta doença com o título: Intervenção educativa sobre Hipertensão Arterial

Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Mutirão município de Tefé –AM

Nossa equipe de saúde acompanha um total de 482 pacientes com Hipertensão Arterial. Esta doença tem origem multifatorial e suas principais causas são: estilos de vida não saudáveis, maus hábitos dietéticos, obesidade, sedentarismo, estresse, fator hereditário, além de outros. As principais consequências são: Infarto Agudo do Miocárdio, doenças Cérebro Vascular, Retinopatia Hipertensiva, Insuficiência renal.

Observa-se um alto índice de pacientes hipertensos (59 % do total) que não aderem ao tratamento da hipertensão arterial, diante disso, percebeu-se a necessidade de realização de uma Revisão de literatura com a finalidade de se obter embasamento na criação de um plano de intervenção na busca de conscientizar os pacientes hipertensos, sobre a importância da adesão ao tratamento para eles prescrito, propiciando, portanto, uma melhor qualidade de vida para esta população.

ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Caso clinico: UBS mutirão

ANAMNESE:

Identificação

Nome: RNC

Idade: 47

Sexo: masculino

Escolaridade: ensino médio

Religião: católico

Estado civil: casado

Profissão: contador

Naturalidade: AM-Tefé

Residência atual: Tefé

Queixa Principal:

Cefaleia (Dia 10-12-16)

História da doença atual:

Paciente que refere tontura de um mês de evolução, geralmente no horário da tarde quando tem mais pressão de trabalho pelo fechamento das contas do dia. Diz que também apresenta visão embaçada, dor de cabeça, frontal, moderado, que dá uma sensação latejante, náuseas e às vezes perda discreta do equilíbrio associado ao quadro. Relata que ontem durante a crise de tontura sentiu seu coração bater muito rápido e mais forte que de costume, questão pela que ficou preocupado e agendou consulta na UBS para hoje.

Manifesta que teve aumento de aproximadamente 15 kg durante o último ano porque fica ansioso no trabalho e come salgados com refrigerante todos os dias.

Interrogatório sintomatológico:

- Sintomas Gerais: REG, hipocorado e eupneico, IMC 32 (aumento de 15 kg no período de um ano, dieta rica em gordura e hidratos de carbono),
- Sistema cardiovascular: palpitações,
- Sistema digestivo: náuseas,
- Sistema nervoso: tontura, perda de equilíbrio, visão embaçada, dor de cabeça frontal moderado que da sensação de latejante.
- Sistema endócrino: nega alterações.

Antecedentes pessoais:

Fisiológicos:

Nascido de parto normal

Patológicos:

- Obesidade tipo 1
- Hipertensão Arterial Essencial diagnosticada há 6 anos, tratada com Losartana Potássica (50mg) 1 comprimido de 12/12 horas e Aspirina (100mg) 1 comprimido após café da manhã.
- Fumante só quando bebe socialmente \pm 1 vez ao mês.

Antecedentes patológicos familiares:

- Pai: Hipertensão Arterial, Obesidade Mórbida, AVC isquêmico, IAM (falecido há 8 anos).
- Mãe: Obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, AVC com sequelas (mora com uma filha).
- 2 Irmãs e 3 irmãos: Obesos, Hipertensão Arterial
- 1irmã: Deficiente Mental e Diabética tipo 2.

História psicossocial:

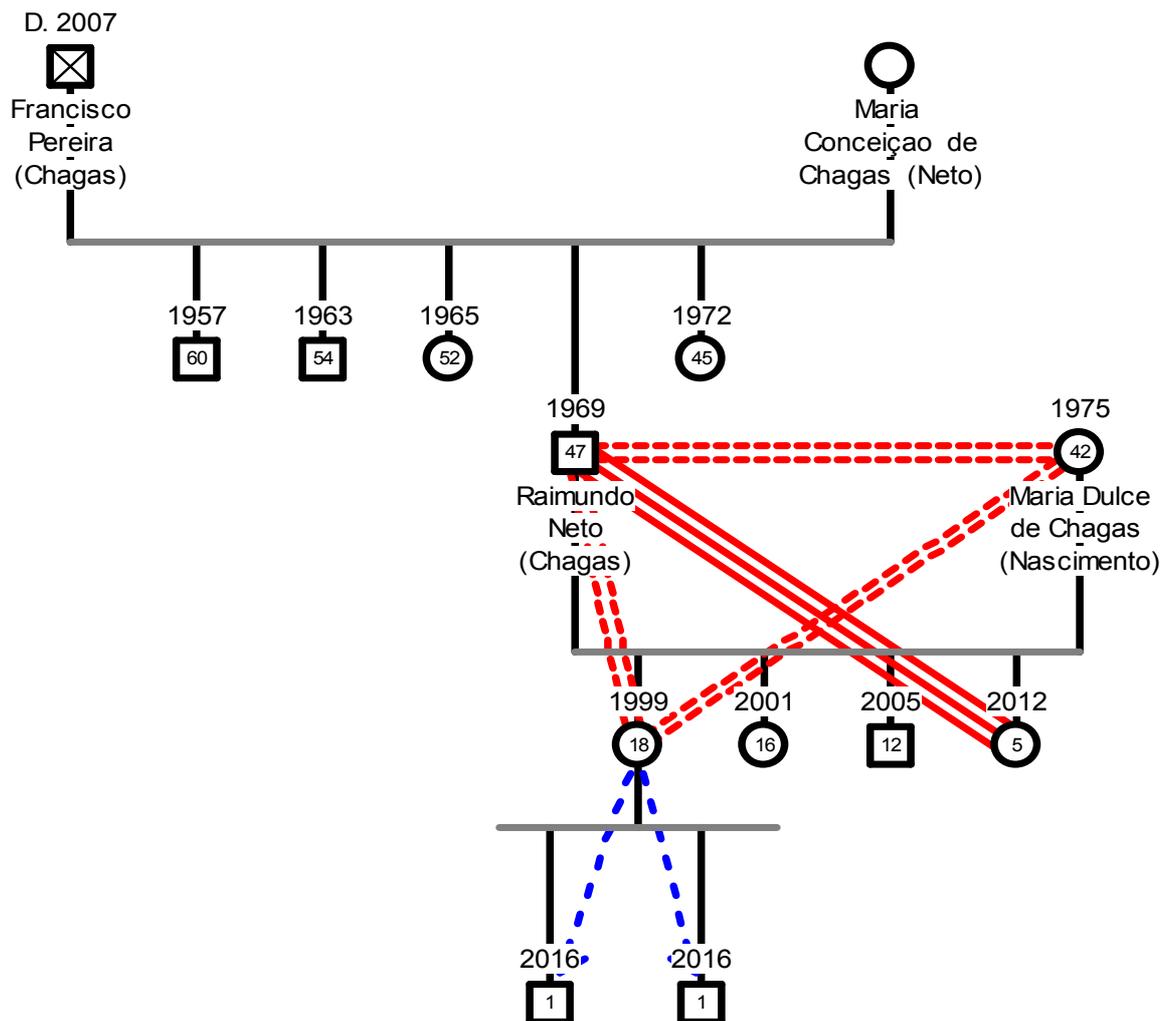
Paciente que mora com a sua esposa, 1 irmã deficiente mental, 1 filho, 3 filhas e 2 netos da filha maior, gêmeos, nascidos o ano passado sem paternidade reconhecida;

os outros filhos ainda estudam. A relação matrimonial com a sua esposa está em crises desde que nasceram os gêmeos, porque não tem muita privacidade, por necessidade de espaço a filha menor de 5 anos dorme com eles e é superprotegida por ele. O casal tem uma relação conflitiva com a filha maior porque não cuida bem das crianças, além disso, não quer estudar e nem trabalhar. As únicas fontes de sustento da família são o trabalho do pai e alguns churrascos de fim de semana que às vezes a esposa vende.

A moradia é uma casa de madeira boa de 3 quartos, ainda em construção, perto da beira do rio (área que fica alagada no inverno).

Na alimentação da família são predominantes os carboidratos, os peixes e a gordura. O estilo de vida familiar é sedentário, depois de cumprir com os seus afazeres ficam só assistindo TV.

Genograma (feito pelo aplicativo Geno Pro 2016):
(Nomes fictícios)



Ao exame físico apresenta:

Somatoscopia:

Paciente em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, fâcie triste e preocupado, fala e linguagem típico, biótipo normolíneo, atitude voluntária, mucosa hipocorado (+4/+), anictérica, acianótica, hidratada, (+4/+), afebril ao toque.

Sinais vitais:

- PA: 160/ 100 mmHg
- FC: 89 bpm, irregular.
- FR: 18 rpm.
- Temperatura: 36,5°C

Medidas antropométricas: Peso: 85 kg, Altura: 1.62 m, IMC: 32 kg/m²sc.

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparente, ausência de linfonodomegalia retro auricular e cervical, tireoide de consistência, tamanho e mobilidade preservados, orofaringes sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneica, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem.

Palpação: expansibilidade normal, frêmito toraco –vocal sem alterações.

Percussão: sem alterações.

Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular normal.

Ausculta cardiovascular: Ruídos Cardíacos rítmicos, sem sopros.

Abdome:

Inspeção: plano, ausência de circulação colateral.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais.

Percussão: timpânico.

Palpação: não doloroso, ausência de viceromegalia.

Extremidades: simétricas, sem presença de edemas.

Hipóteses diagnóstica: Hipertensão Arterial grau 2 (descompensada).

Primeira consulta: 10/12/2016

O paciente é interrogado em relação a seus problemas e avaliado integralmente. Se decide fazer uma troca no tratamento anti-hipertensivo de Losartana para Enalapril (20mg) 1 comprimido de 12/12 horas, continuar com AAS (100mg) 1 comprimido ao

dia. Dou aconselhamento de estilo de vida saudável (Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, Cadernos de Atenção Básica, n. 37). (Dieta, exercícios, eliminar hábitos tóxicos).

Indico agendar consulta com a Nutricionista, o Psicólogo, Instrutor de educação física, Cardiologista e Oftalmologista. Oriento fazer um MAPA na UBS durante uma semana a partir da data. Solicito exames complementares: Hemograma Completo, Hematócrito, Exame parcial de urina, Creatinina, Azoados, Glicemia, Colesterol Total, HDL e LDL Colesterol, Triglicérides, Iones em Sangue, Taxa de Filtração Glomerular, Medição da excreção da Albumina em urina e Eletrocardiograma. (Principles of Internal Medicine, Harrison's, 17th edition 2012).

Visita Domiciliar: 15/12/2016

Durante a visita no lar se observa que as crianças netas do casal estavam caminhando sem sapatos, com secreção nasal esverdeada. A esposa estava fazendo os alimentos do almoço com as unhas sujas, os moveis desordenados e com pó, os quartos tinham 2 camas e 3 redes para o descanso. A relação entre os filhos e adultos era boa, mais a filha maior mostrou-se pouco comunicativa. Realizou-se uma intervenção educativa familiar para mudar os aspetos negativos encontrados e se agenda o seguimento da família por Psicologia e Serviço Social.

Segunda consulta: 18/12/2016

Durante a segunda consulta na UBS, após a intervenção da equipe de saúde, a Nutricionista, o Psicólogo e o instrutor em educação física, o paciente apresentou assintomático, animado e com rosto feliz. Depois da troca dos medicamentos se observa no MAPA de PA feito por 7 dias, só um aumento da PA no dia 12/12/2016. Fala que após a consulta de Psicologia familiar, a sua filha maior decidiu retomar os estudos noturnos. Recebo os resultados dos exames complementares com aumento do Colesterol Total e HDL Colesterol por acima dos valores normais, resto dentro dos limites da normalidade. Inicia tratamento com Sinvastatina (20mg) 1 comprimido 9:00 p.m., com reavaliação mensal do Colesterol total e HDL Colesterol.

Realizo o cálculo do risco cardiovascular (Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica Brasília. Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 37) que segundo a bibliografia o paciente tem de um 25% de sofrer um evento cardiovascular seja IAM ou ACV em 10 anos, colocando-se num índice de risco alto. Na consulta do Oftalmologista foi diagnosticado diante o exame do fundo do olho uma Retinopatia Hipertensiva grau 2 e Astigmatismo, agora em tratamento com lentes corretivas seguimento de 6/6 meses. Na consulta do Cardiologista se constatou uma leve hipertrofia ventricular esquerda no Eletrocardiograma e solicitou uma Ecocardiografia para melhor avaliação. Explica-se ao paciente a interpretação dos seus sintomas o risco relacionado com a sua saúde.

Atualmente está em controle trimestral, evolutivamente melhor, o seu nível de risco cardiovascular agora é de um 15 %, ou seja, intermediário. A família está em tratamento e avaliação pela equipe e o CAPS.

Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças

UBS Mutirão

Tefé é um município com uma população muito diversa, na Unidade Básica de Saúde onde trabalho, diariamente assistem pessoas de todos os grupos de idades, características físicas, nível educacional, cultura e procedência, que são acolhidos e assistidos segundo a formulação das políticas de Atenção Primária à Saúde, suas diretrizes e princípios.

Entendendo isso e que a Universalidade, a Equidade, a Integralidade, a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social devem estar presentes sempre como princípios indispensáveis de nosso atendimento no Sistema Único de Saúde e que a atenção básica tem como principal base a promoção e a prevenção de saúde, meu equipe de trabalho faz ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que se aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB). Tentamos que a saúde seja acessível para toda a população sem distinção nenhuma.

Entre os pacientes acolhidos da área de abrangência, temos os netos, a filha maior e a Irmã do senhor R.N.C., do caso abordado na atividade 2 do meu portfólio. A família leva anos sendo assistida pela ESF, foi feito o atendimento pré-natal, a saúde das crianças e a paciente com patologia mental. A família é um exemplo dos problemas que enfrentamos diariamente e das atividades que fazemos para evitar doenças nos três aspectos a refletir:

Puericultura:

-Atendimento Pré-natal com qualidade, segundo a classificação de risco, para evitar doenças perinatais; envolvendo ações de humanização perinatal.

-Seguimento do puerpério, sempre vigiando os signos de alarme em consulta e visitas domiciliares. Planejamento familiar e saúde reprodutiva.

-Acompanhamento nos cuidados do recém-nascido e lactante.

-Promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Orientações nas rodas de lactantes, consultas e visitas domiciliares sobre o esquema de ablactação.

- Atenção a crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas, prevenção de acidentes e violência, articulando as redes de maior complexidade.

-Consultas de puericultura e visitas domiciliares, onde damos orientações sobre saúde, direitos da criança e dos pais, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de violências e acidentes, entre outros.

-Conscientização da importância dos exames e consultas nas crianças.

(Manual de Acompanhamento da Criança, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Agosto/2015).

As puericulturas são programadas com frequência proposta pelo Ministério da Saúde, as famílias são orientadas no seguimento da criança durante as consultas, as rodas de grávidas e lactantes e nas visitas domiciliares.

Na consulta de puericultura na minha UBS avaliamos a história alimentar, o estado nutricional, ablação e a curva de crescimento como fatores essenciais. Além disso, é avaliado o desenvolvimento neuropsicomotor, o desempenho escolar, o padrão de atividades físicas, as condições do meio ambiente, os cuidados dispensados à criança, a acuidade visual, o sono, a audição, a saúde bucal e o desenvolvimento da sexualidade, e a interação social.

A conduta deve incluir: orientações alimentares, de imunização (vacinas, testes), higiene corporal e dental, vestuário, vida ao ar livre, exercícios físicos, sono, repouso, prevenção de agravos físicos e estímulos para o desenvolvimento. Também orientações sobre psicoprofilaxia, prevenção dos distúrbios de conduta, respeito à individualidade da criança, adaptação na família e em grupos.

(Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento 33/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012)

Pré-natal:

-Captação precoce das mulheres grávidas com pesquisa ativa na comunidade.

- Conscientização da importância dos exames e consultas nas grávidas.
 - Orientação sobre os direitos das grávidas o apoio do sistema de Saúde para a assistência do pré-natal.
 - Humanização do parto, em coordenação com o hospital (Salas de parto humanizado).
 - Seguimento da gravidez, segundo a classificação de risco gestacional. Prevenção de doenças gestacionais.
 - Consultas de profilaxia psicológica pré-natal e orientações no cuidado da criança.
 - Roda de gestantes para promoção de estilo de vida saudável, signos de alarma na gravidez e outros temas de interessantes.
 - Palestras sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis na gravidez.
- (Cadernos de Atenção Primária 29. Rastreamento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1ra ed. Brasília, 2013).

Saúde Mental:

- Cadastro dos pacientes com patologias mentais em seguimento ou não pelo CAPS e os medicamentos que utilizam. Tinha pacientes habituados aos medicamentos sem critério para seu uso.
- Agendamento de consulta para estes pacientes e visitas domiciliares, para ter um critério integral como seres biopsicossociais. Avaliação e reavaliação se forem necessários pelo Psiquiatra.
- Instrução à equipe e à família dos pacientes sobre o tratamento e os cuidados em cada caso específico.
- Análises das interações dos medicamentos e o seu efeito no controle das doenças Crônicas.

(Cadernos de Atenção Primária 34. Saúde mental. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. 1ra ed. Brasília, 2013).

-Reflexão:

O acompanhamento longitudinal pré-natal, das crianças e os pacientes com transtornos mentais é um desafio, porque nem sempre é apreciada uma boa consulta para prevenir doenças, manter o controle das já existentes e promover saúde. Realmente se precisa de mais apoio para mudar a cultura da população, para que se compreenda que a melhor medicina é aquela que evita as doenças (prevenção).

O estudo da Saúde da Criança é muito importante mais também mudou a minha prática cotidiana, lembro de vários casos mais tem um muito grato para meu, uma paciente que estava querendo dar aleitamento artificial para o bebê de só 1 mês de idade, referindo que ele ficava com fome. Após de eu fazer uma pesquisa sobre o tema nos artigos do Medline, eu fiz para ela um esquema de amamentação, ainda hoje, após 7 meses, a criança desfruta do aleitamento, mais agora complementado pelo esquema de ablactação.

Muitas famílias não valorizam ainda a puericultura, mais o resultado é o crescimento adequado das crianças, sem desnutrição, sem obesidade, imunizadas com um ganho incomensurável na qualidade de vida.

(Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento 33/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012)

A equipe de saúde deve trabalhar como um todo unido às ações de prevenção e promoção de saúde, conscientes da sua importância. Incorporação da mobilização comunitária nas ações de saúde.

Ainda muitas pessoas devem entender que os medicamentos em todos os casos não são a solução aos problemas. Para isso é necessário conhecer as experiências locais, ter uma boa comunicação com os pacientes, ferramenta que às vezes não é apreciada.

A avaliação e o monitoramento dos pacientes são essenciais na toma de decisões em cada caso. Muitas famílias e pacientes não compreendem a importância da reavaliação do tratamento psiquiátrico e do aconselhamento psicológico.

Os profissionais em interação com os serviços de saúde devem estar em constante aprendizagem, para oferecer as melhores evidências clínicas em nossa prática diária.

Atividade 4 do Portfólio - Visita domiciliar/Atividade no domicílio

Um dos componentes essenciais do trabalho na atenção primária de saúde é a visita domiciliar formando um elemento fundamental na atenção da saúde comunitária, a visita faz que nosso trabalho como equipe chegue a cada pessoa que precisa. Além oferece a possibilidade de conhecer a realidade dos pacientes que assistimos, aspecto fundamental que devemos contemplar para oferecer a ajuda necessária à população assistida; valorando nossos pacientes como seres biopsicossociais. A solução dos problemas de saúde conhecendo todas as variáveis implicadas sempre é a mais certa, é por isso que se conhecemos o modo e estilo de vida das pessoas que confiam a sua saúde em nossas mãos teremos uma maior qualidade no atendimento, além de oferecer uma atenção mais humanizada.

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde de Mutirão no bairro Santa Tereza no município Tefé há mais de 1 ano e seis meses, que fica num local adaptado onde leva vários anos em funcionamento. Desde aqueles tempos a visita domiciliar não tinha sido programada com a regularidade requerida, por fatores como a organização inadequada da agenda de trabalho profissional e a insuficiência de recursos materiais, referentes a falta de equipamento médico e ao traslado seguro da equipe; influenciando nisso as áreas de difícil acesso que ficam alagadas durante o inverno com pontes frágeis, além de ter só um médico para uma população muito extensa.

Desde minha chegada a UBS, se realizou uma mudança na forma de programar as consultas e visitas domiciliares com o objetivo de otimizar com qualidade a atenção aos pacientes, baseada na minha experiência profissional e nas evidências clínicas e epidemiológicas. Organizou-se por cada micro área dentro da área de abrangência, dando prioridade a aqueles pacientes que mais precisavam e com dificuldade para sua movimentação hasta a UBS. A programação foi mensalmente informada e debatida nas reuniões da equipe, sempre contando com as possibilidades de alguma urgência, com previa informação às famílias correspondentes. A frequência se definiu em 4 horas por semana um dia específico, com uma média de 5 visitas por sessão. O acompanhamento domiciliar é feito pelo médico, a enfermeira, os técnicos de enfermagem de área, os Agentes Comunitários de Saúde e a equipe do NASF se precisarem.

Ainda temos dificuldades para cumprir a programação pela temporada de chuva que impede chegar a zonas de difícil acesso, muitas delas ficam alagadas atualmente e

não temos a logística necessária para chegar até eles. Quando temos sucesso alguns pacientes e familiares não olham a importância das orientações feitas por nós, fato que dificulta o trabalho e a sua vez tornasse frustrante e desgastante para a equipe já que faz aumentar o número de visitas na mesma família, principalmente se o paciente não tem a possibilidade de se trasladar para a UBS. Outro problema que enfrentamos não menos importante é a impossibilidade de algumas pessoas em deslocar para fazer tratamentos ou exames de maior complexidade pela falta de financiamento. Minha maior dificuldade é quando preciso encaminhar os usuários para uma avaliação médica especializada para fora do município, pois muitas especialidades médicas só podem ser agendadas em Manaus, capital do estado. As famílias relatam várias limitações para este deslocamento como: não tem dinheiro para passagem ou não tem quem acompanhe o paciente, ou simplesmente não acreditam em a necessidade do encaminhamento pôr o fato de que o paciente ainda não está grave uma cultura que tem nossa população de só viajar por saúde quando o caso e grave mesmo. Nestes casos, peço consultoria através do Telessaúde do município que me oferece apoio para ampliar as intervenções, conforme a viabilidade.

As visitas em casos de doenças agudas não são frequentes, pois os familiares preferem levar os pacientes diretamente ao hospital regional.

A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é controle da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos. Também se faz a coleta de sangue pôr o técnico de enfermagem no domicílio do paciente quando eu os solicito, com prévio agendamento, onde muitas vezes essa coleta é comprometida porque o técnico que a realiza também depende da ajuda de custo para deslocamento ao domicílio e nem sempre recebe esta contrapartida da gestão.

As condições de vida de aproximadamente o 50% das famílias de minha área de abrangência são boas, mais existem lugares de vulnerabilidade como a beira do rio, onde mora a família do senhor R.N.C. de 47 anos de idade, casado, contador, que convive com 4 filhos, a esposa, 1 irmã e 2 netos.

A moradia (de alvenaria com piso de cerâmica, de 3 quartos, sala, cozinha, 1 banheiro e pátio com árvores frutais) do senhor foi visitada no dia 15/012/2016, prévio aviso. Ao chegar fomos recebidos pelo casal com aceitação, observando que já o senhor Raimundo tinha melhor ânimo, mais ainda ficava uma expressão de preocupação no seu rosto desde que foi a consulta. Quando perguntei, me falou que tinha uma leve

dor de cabeça pelos problemas que ele e a sua esposa tinham com sua filha maior que não cuidava bem das crianças, nesse momento ela ficava sentada sem falar. Também referiu ter iniciado a dieta e prática dos exercícios aeróbicos recomendados, mais se cansava facilmente pela falta de hábito. Recentemente foi consultado por ter tontura e dor cabeça devido ao descontrole da Hipertensão Arterial, de 6 anos de evolução, agora em tratamento com Enalapril (20 mg) 1 comprimido de 12/12 horas e AAS (100mg) 1 comprimido após do café do amanhã. Ao exame físico do Raimundo aferimos PA: 120/80 mmHg, FC:70bpm regular, FR:18rpm, Temperatura:36°C. As fontes de prazer da família são as visitas à Igreja Católica onde são congregados.

Durante a nossa estadia, os netos do casal estavam caminhando sem sapatos e com secreção nasal esverdeada. A esposa estava fazendo os alimentos do almoço com as unhas sujas, os moveis desordenados e com pó, os quartos tinham 2 camas e 3 redes para o descanso. A relação entre os filhos e adultos era boa, mais a filha maior mostrou-se pouco comunicativa.

Realizou-se uma intervenção educativa familiar para mudar os aspetos negativos encontrados, procurar mais fontes de prazer como programas de televisão e visitas a familiares e amigos, mudar principalmente as condições higiênicas e o conflito emocional com a primogénita; agendamos o seguimento da família por Psicologia e Serviço Social. Explica-se a importância das consultas de puericultura e se orienta para incorporar as crianças no acolhimento da UBS esse dia. Agendamos outra visita e decidimos seguir com o outro paciente que aguardava por nós. Este é um exemplo do trabalho da ESF na comunidade, chegando até onde se necessita.

Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva

Nunca tive a oportunidade de fazer um curso pela internet e não acreditava muito em que daria certo, mais quando não sei quem é a pessoa que inter-relaciona comigo. Porém incrivelmente este curso de Especialização na Saúde da Família foi uma fonte de conhecimentos que estimulou meu profissionalismo e meu atuar na Atenção Básica, melhorou muita minha aprendizagem e a compressão de nosso papel na vida da população que assistimos cada dia.

Hoje, analisando minha trajetória neste Curso de Especialização, tenho como conclusão que desenvolvi minhas habilidades na prática clínica diante a aplicação dos conhecimentos oferecidos e o apoio dos tutores e professores orientadores, esclarecendo nossas inquietudes e orientando-nos da maneira mais adequada de agir em cada caso planejado assim como em cada dúvida surgida.

Aprendi que a Saúde do Brasil tem uma bela história de luta e sacrifício, que faz aos médicos que formamos parte dela apreciar os sucessos obtidos; ajudando a desenvolver o Sistema Único de Saúde segundo seus princípios e diretrizes, todas elas estudadas aqui no curso. Acho que o Sistema de Saúde Brasileiro é um exemplo para muitos povos do mundo; com dificuldades como todo processo em mudança constante, mais com muita vocação dos profissionais que fazem seu trabalho no Brasil com Ordem e Progresso.

O início, como todo princípio foi difícil porque não estava adaptado a usar a plataforma como fonte de estudo, e foi muito difícil ficar tanto tempo frente a um notebook, somado a um sinal da internet muito ruim que logrou que para os que trabalhamos no Amazonas tornasse normal acordar de madrugada para poder fazer as tarefas do curso, o idioma muito lindo ,parecido, mais diferente e muito difícil para a conjugação dos verbos , mais nem tudo isso foi capaz de deter meu avance , que hoje agradeço, e muito. Depois de iniciar o curso, a adaptação foi ótima em todas as esferas da minha vida e mais profissionalmente. Por isso agradeço esta nova possibilidade.

Por outro lado, ainda sinto a falta e a necessidade do contato presencial, não gosto muito de computadores e mais com uma internet tão ruim assim, particularmente, é muito difícil passar tanto tempo na frente de um computador, mais pela necessidade do curso de ser dessa forma foi preciso, como crítica, dificultou um pouco a minha adesão.

Por outra parte, cada situação clínica, cada exercício, cada tarefa do curso me levou a refletir sobre minha conduta médica e compreender de outra maneira o trabalho em equipe e a importância de a organização no trabalho. A especialização nos faz ver a importância de cada parte da Estratégia em Saúde da Família e mostrou novos métodos que não praticava em meu atuar diário.

Foi de muita ajuda para me o estudo e a compreensão da estrutura da atenção básica e os protocolos de atendimento em cada caso fornecido pelos Eixos I e II, o meu atuar na UBS foi desenvolvido, modificando as velhas práticas com os conhecimentos renovados. Realmente eu acho que contribui para que a atenção básica se torne um pilar essencial na Medicina Preventiva do país.

O fato de observar e tratar ao homem como ser biopsicossocial em plena relação com as políticas atuais é também um sucesso deste curso virtual.

Fico feliz com cada passo adiantado, porque sei que quando eu for embora ajudei uma população, mudei uma cultura médica, dei meu grão de areia para o desenvolvimento da saúde em meu território de abrangência e porque não também num país.

Referências Bibliográficas

1. SEMSA TEFE (2015).
2. Portal da Transparência. w www.meumunicipio.org.br (2016).
3. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. (2013)
4. Principles of Internal Medicine, HARRINSON´S, 17th edition (2012).
5. Manual de Acompanhamento da Criança, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Agosto/2015).
6. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento 33/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde (2012).
7. Cadernos de Atenção Primária 29. Rastreamento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1ra ed. Brasília (2013).
8. Cadernos de Atenção Básica, n. 34 (2013).

Anexo 1 - Projeto de Intervenção



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre em parceria com a Universidade Aberta do SUS .

Curso de especialização em saúde da família

Autor: Dr. Taire Claxton Carrión

Tutora: Patrícia Barbara Dias.

**Intervenção educativa sobre Hipertensão Arterial
Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Mutirão município de Tefé –AM.**

Tefé, junho de 2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial é uma doença basicamente detectável por meio da medida da pressão arterial. Apesar dos progressos expressivos da indústria farmacêutica na produção de medicamentos cada vez mais eficazes para seu tratamento, associado ao tratamento não farmacológico, e dos benefícios comprovados na redução da mortalidade e morbidade relacionada à eventos cardiovasculares, continua havendo um número muito grande de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente. Nesse sentido, compreende-se que o controle da pressão arterial sistêmica está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente, ao tratamento. O objetivo do presente projeto é implementar um programa de intervenção para assistência à saúde de usuários com Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde Mutirão do município de Tefé -AM. Serão convidados a participar da intervenção todos os pacientes com hipertensão arterial adscritos na UBS. Serão levantadas informações acerca da doença, dos hábitos de vida, e da relação do paciente com o serviço de saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas. Estas informações serão utilizadas posteriormente no planejamento das ações. O plano de intervenção deverá compreender palestras educativas com os pacientes hipertensos e familiares em vista de aumentar o nível de informação sobre a doença. Ao final deste projeto, espera-se promover a boa adesão por parte dos participantes, fundamental no controle de uma doença crônica. Também espera-se compreender e qualificar a forma como os profissionais de saúde se relacionam com esta população uma vez que a construção da relação terapêutica é um ponto chave para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Adesão ao tratamento. Educação em saúde.

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	4
1.1	Problema.....	4
1.2	Justificativa.....	5
2.	Objetivos	6
2.1	Objetivo geral.....	6
2.2	Objetivos específicos.....	6
3.	Revisão da literatura.....	7
4.	Métodos.....	14
5.	Cronograma.....	16
6.	Recursos necessários.....	16
7.	Resultados esperados.....	17
8.	Referências Bibliográficas.....	20
9.	Anexos.....	24

INTRODUÇÃO

Tefé é um município brasileiro do estado Amazona, pertencente à Mesorregião do Centro Amazonense e Microrregião do mesmo nome. Está a 575 km de Manaus capital do estado e 2.304 km de Brasília capital nacional. Sua área territorial é de 23.808 km². Sua fundação foi em 1759. Não há estradas que liguem Tefé a nenhuma outra cidade, o acesso é somente de barco ou de avião. A viagem de lancha rápida tem duração de 12 horas e 36 horas de barco de Manaus a Tefé.

Enquanto a saúde o município tem UBS (8) com 17 equipes em total, tem 1 hospital, 1 NAFS, 1 CAPS, 1 Secretaria de Saúde. Além de outras especialidades na rama da saúde (ginecologia, traumatologia, neurologista, cardiologista e outros) mais só tem essas especialidades 2 vezes ao mês.

Problema.

As queixas maiores da população de mutirão que procura os serviços de saúde na unidade são: Hipertensão Arterial Sistêmica, a Diabetes Mellitus, Doenças Infeciosas do Aparelho Respiratório e o Aparelho Digestivo,

Após uma reflexão e discussão coletiva com profissionais da saúde, comunidade e agentes comunitários, foi identificado como principal problema de saúde:

Aumento da incidência de Hipertensão Arterial.

Partindo do problema identificado a equipe trabalho seguindo o critério de magnitude e vulnerabilidade da hipertensão arterial e as complicações decorrentes.

A Hipertensão arterial sistêmica – HAS é definida como uma elevação excessiva da pressão arterial, ou seja, acima dos valores de referência para a população em geral, considerada uma das doenças mais comuns do mundo moderno. Tem altas prevalências e baixas taxas de controle, sendo, portanto, considerada um problema de saúde pública. A obesidade, o sedentarismo, o estresse e o consumo excessivo do álcool e do sal associados a uma predisposição hereditária, são apontadas como alguns dos fatores de risco mais comuns da hipertensão (BARBOSA; LIMA, 2006).

O tratamento atual da hipertensão arterial não deve- se resumir simplesmente à redução dos níveis pressóricos. Algumas providências que modifiquem o estilo de vida dos pacientes devem ser tomadas, como forma de tratamento. Assim, o problema de adesão ao tratamento não deve ser visto só como um ato de desatenção e desinteresse e do próprio paciente em se tratar, mas uma questão que apresenta aspectos complexos como são: condições físicas, socioeconômicas, falta de conhecimento dos riscos, sistema de saúde ineficaz e dificuldade de acesso ao mesmo, falta de medicação e problemas financeiro (MION; PIRIN; IGNEZ, 1995).

A equipe de saúde acompanha um total de 482 pacientes com Hipertensão Arterial. Esta doença tem origem multifatorial e suas principais causas são: estilos de vida não saudáveis, maus hábitos dietéticos, obesidade, sedentarismo, estresse, fator hereditário, além de outros. As principais consequências são: Infarto Agudo do Miocárdio, doenças Cérebro Vascular, Retinopatia Hipertensiva, Insuficiência renal.

Justificativa

Observa-se um alto índice de pacientes hipertensos (59 % do total) que não aderem ao tratamento da hipertensão arterial, diante disso, percebeu-se a necessidade de realização de uma Revisão de literatura com a finalidade de se obter embasamento na criação de um plano de intervenção na busca de conscientizar os pacientes hipertensos, sobre a importância da adesão ao tratamento para eles prescrito, propiciando, portanto, uma melhor qualidade de vida para esta população.

OBJETIVOS

Geral

- Contribuir com a melhora do Programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos da Unidade Básica de Saúde de Mutirão do município de Tefé.

Específicos

- Promover grupos de Educação Popular em saúde para os pacientes hipertensos.
- Identificar os fatores que dificultam e facilitam a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

REVISÃO DA LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública mundial que afeta desproporcionalmente as populações de baixa renda e países de rendimento médio, onde os sistemas de saúde são débeis. Nem sempre a hipertensão produz sintomas nas fases iniciais e em muitos casos não é diagnosticada. Os casos que são diagnosticados, às vezes não têm acesso ao tratamento e é possível que não possam controlar com êxito sua doença em longo prazo. A detecção precoce, tratamento adequado e controle da pressão arterial elevada produzem importantes benefícios à saúde e econômicos. O tratamento das complicações da hipertensão inclui intervenções custosas como a cirurgia de revascularização do miocárdio, a endarterectomia carotídea ou a diálise, esgotando o governo e os orçamentos individuais. Esta doença pode ser prevenida, modificando os fatores de risco relacionados ao comportamento, tais como dieta saudável e a inatividade física, uso nocivo do álcool, tabagismo. Se ações não forem tomadas para reduzir a exposição a estes fatores, prevê-se um aumento na incidência de doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão. ((OMS), 2013)

A Hipertensão Arterial é a principal causa de morbimortalidade cardiovascular no Brasil. É uma doença crônica e caracteriza-se pelo aumento da pressão que exerce o sangue sobre as paredes das artérias. O diagnóstico é feito quando os níveis da pressão são com frequência maior ou igual a 140 por 90 mmHg. A Hipertensão Arterial é um dos principais fatores de risco de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, mas também ela é consequência da associação de fatores de risco não modificáveis (genéticos e ambientais) com os modificáveis (maus hábitos dietéticos, tabagismo, obesidade, sedentarismo), os quais podem se modificar diante a mudança do estilo de vida que se logra com a adesão ao tratamento. (ALVES; CALIXTO, 2012)

A adesão ao tratamento é conceituada como a associação que existe entre o conselho médico e o comportamento do paciente em relação à mudança do modo e estilo de vida, ao uso diário dos medicamentos e ao comparecimento à consulta médica para o acompanhamento. Significa a concordância existente entre as recomendações médicas e o cumprimento do recomendado por parte do paciente. (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012) (GUSMÃO et al., 2009).

Medir a adesão ao tratamento da HAS é uma tarefa complexa. Há diferentes métodos aplicados, diferentes pontos de corte e inexistem métodos considerados padrão ouro e que representem as várias dimensões que envolvem o processo de adesão ao tratamento dessa síndrome. (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014)

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, assim como o diagnóstico tardio e o curso da doença longa, assintomático é descrito como um dos principais desencadeantes dos danos causados pela HAS. Não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS (GUIRADO et al., 2011) (REINERS; NOGUEIRA, 2009) é considerada um fenômeno complexo e multifatorial, associado a baixos níveis socioeconômicos, prescrição de esquemas terapêuticos complexos e insatisfação com o serviço de saúde. Outra explicação para a elevada taxa de adesão é que muitos pacientes não entendem a doença e o tratamento. O curso assintomático da doença contribui para essa falta de compreensão e muitas pessoas acabam acreditando que a doença é intermitente e podem ser tratadas exclusivamente com terapias não medicamentosas, tais como alívio de estresse ou remédios caseiros. (PUCCI et al., 2012) (OBRELI-NETO et al., 2010) (SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010)

As equipes multiprofissionais conseguem pela diversidade de profissionais, com seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Esse entendimento é capaz de fazer ao paciente analisar a situação, organizar estratégia própria (modificação na sua dieta, programação de atividade física, organização dos medicamentos) e, eventualmente, iniciá-la. Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina, para isso há necessidade do reforço contínuo, que é característico dessas equipes. Para evidenciar esse aspecto, Gusmão avaliou o controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados que participaram de programa de atenção especial com atividades multidisciplinares, assistência individualizada, personalizada, acesso facilitado ao tratamento medicamentoso e reuniões periódicas. Após três anos do término do programa, observou-se que o controle da pressão arterial caiu significativamente nos pacientes complicados de 70% para 49% e nos não complicados de 78% para 50%. Os dados evidenciam a importância da equipe multidisciplinar em uma

atuação individualizada, abrangente e contínua no tratamento de pacientes com hipertensão. (Gusmão, 2005)

Existem várias estratégias para conseguir aumentar a adesão, mas muitas partem da boa relação médico-paciente. Para conseguir isso, é necessário:

- a) Convencer ao paciente e seus familiares da existência do problema, hipertensão arterial sistêmica;
- b) Esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios.
- c) Detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível para os horários e as drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa)
- d) Escolher o medicamento não apenas com base na sua potência anti-hipertensiva, mas também em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faça uso;
- e) Explicar os efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias para reconhecer as mais comuns e seu tratamento (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão;
- f) Estimular o paciente, ou seu cuidador, a fazer a medida domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento;
- g) Planejar, com o paciente e seus familiares, o tratamento, definindo metas e resultados
- h) (Grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros);
- i) Não esquecer que apesar de o tratamento tendesse introduzido na rotina do paciente,
- j) Este não pode ser muito complexo, para garantir a compreensão;
- k) Na monitoração do tratamento, com consultas mais frequentes no início deste, também é boa estratégia.

É fato que contatos telefônicos ativos com pacientes melhora a adesão ao tratamento, uma vez que se torna possível fazer orientação e esclarecimento de dúvidas (CONTRERAS et al., 2005). Usando essa estratégia, vários estudos têm indicado aumento da adesão ao tratamento, maior porcentagem de controle da pressão arterial e redução da mortalidade (WU et al., 2006) (RUDD, 2004). Outra

estratégia que parece melhorar a adesão ao tratamento é o uso da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), o efeito do tratamento de doenças crônicas, como a hipertensão, a obesidade e o diabetes, pode ser grandemente amplificado com a automonitorização dos alvos terapêuticos pelo próprio paciente. O fato de envolver o paciente no seu próprio cuidado, como medir a pressão arterial em casa, aumenta consideravelmente as oportunidades de adesão à terapia. (HO et al., 2006)

A adesão é um problema sério em doenças crônicas. E ainda há espaço para mais estudos nesta área. Em relação à hipertensão arterial sistêmica, isso é amplificado pela faixa etária habitual dos pacientes, em que há necessidade da intervenção. A atuação em equipe e que acolha esse eventual cuidador é a melhor estratégia para aumentar a adesão e tentar atingir as metas de tratamento, com vistas na redução da morbimortalidade dessa condição frequente, de um cuidador.

Em 2008 dos adultos acima de 25 anos; o número de pessoas portadoras da doença aumentou de 600 milhões em 1980 para 1000 milhões (OMS, 2010). A prevalência máxima da hipertensão ocorre na região da África, com 46% dos adultos mais de 25 anos, enquanto o mais baixo observado na região das Américas, com um 35%. Em geral, a prevalência da hipertensão arterial é mais baixa nos países de alta renda (35%) que em países em outros grupos de renda, que é de 40%. Hipertensão em países de baixa e média renda não só é mais prevalente, mas também há mais pessoas por ele afetadas, porque o número de pessoas nesses países é maior do que os países de alta renda. Além disso, devido à debilidade dos sistemas de saúde, o número de pessoas com hipertensão arterial sem diagnóstico, tratamento e controle da doença é também mais elevado. (OMS, 2008) (OMS, 2010)

No mundo a prevalência de Hipertensão Arterial é de um bilhão de pessoas que convivem com esta doença que é responsável de aproximadamente 7,6 milhões de mortes por ano, mesmo assim o 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento e grande parte dos tratados não atingem as cifras desejáveis de controle da pressão ((GREZZA; STEIN; PELLANDA, 2013) (ALVES; CALIXTO, 2012). A não adesão ao tratamento da HAS é um problema de saúde pública de extensão mundial. Estima-se que nos países desenvolvidos a taxa de adesão ao tratamento de doenças crônicas seja de somente 50%(OMS, 2003).

Estima-se que cerca de 50,0% das pessoas que convivem com doenças crônicas não seguem seu tratamento adequadamente (DIMATTEO, 2004). Cerca de 44,2% dos usuários hipertensos seguiam adequadamente o tratamento medicamentoso na Malásia (HASSAN; HASSAN, 2006). No Chile, 21,6% dos usuários hipertensos maiores de 65 anos seguiam a terapêutica (MENDOZA et al., 2006). No Brasil, os valores de controle variaram de 10,1% em Tubarão, SC, em 2003, a 52,4% em São José do Rio Preto, SP, de 2004 a 2005, ao se considerarem estudos de base populacional com hipertensos sob tratamento, cujo critério de controle foi de pressão arterial (PICCINI et al., 2012).

Ao longo da última década, as doenças cardiovasculares, principalmente a doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estas causam, por si só, representam 17 milhões de mortes no mundo (GOULART, 2011).

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados. Por conseguinte, a adesão do paciente deve ser apreciada com vistas também a esses fatores (BARBOSA; LIMA, 2006). O tratamento não farmacológico, por outro lado, tem falhado frequentemente no seguimento de longo prazo pela falta de constância e persistência dos pacientes. Considerando estes aspectos, a escolha do tratamento anti-hipertensivo, incluindo as medidas farmacológicas e não farmacológicas, deve merecer atenção especial por parte dos membros da equipe de saúde, que eles acreditam que os pacientes seguem mais frequentemente (JR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001). No caso específico da HAS, as medidas para normalização dos níveis de PA, que constituem o objetivo do tratamento, envolvem mudança no estilo de vida, e está voltado a minimizar e diminuir a influência dos fatores que põe em risco a vida do paciente. Desse modo, o objetivo da ação do serviço de saúde, que era o de remediar a doença, ganha um novo direcionamento, a prevenção e o controle dos fatores de risco (SALES; TAMAKI, 2007).

A família é um suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas. Ela pode estar presente desde a simples preparação da refeição, passando pela modalidade de lazer, até a rotina do uso de medicamentos para

um melhor acompanhamento da melhora da qualidade de vida, se envolvendo no auxílio ao cuidado, ajudando assim a adesão do portador de HAS ao tratamento.

Os cuidados feitos pelo familiar têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de maneira adequada às suas próprias possibilidades, às necessidades individuais de cada um, às condições do meio onde vive.

As políticas públicas de saúde devem viabilizar o acesso do usuário às unidades básicas, promovendo a acessibilidade aos serviços propostos a este usuário, e estratégias que motivam a participação do usuário. Portanto, dessa forma a instituição estará contribuindo para a adesão do cliente às condutas de prevenção e/ou de controle dos problemas de saúde (BUSNELLO et al., 2001).

Pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlada (JARDIM; JARDIM, 2006). A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas. Essa definição expressa o sentido de compliance, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento (DOSS et al., 2009).

Processos de educação em saúde, o comprometimento de uma equipe multiprofissional, tem o objetivo de reduzir o índice de letalidade da patologia, estando sempre em pauta na educação continuada a conscientização da população. A não adesão, associada à análise da adequação do regime terapêutico, e à investigação de interações medicamentosas e de condições do doente após essa intervenção vem para compor os fatores de adesão. (DOSS et al., 2009)

Pacientes que têm a sua Pressão Arterial (PA) bem controlada são aqueles que, presumidamente, mantêm uma boa aderência ao tratamento? E aqueles que não têm a sua PA sob controle, são os que têm uma aderência ao tratamento passível de questionamento?

Nesse sentido, destaca-se que este plano ao ser construído, se baseou na realidade do Posto de Saúde da Família Mutirão do município Tefé, e de acordo com as possibilidades da Equipe de Saúde em oferecer um serviço de prevenção dos agravos da hipertensão arterial de mais qualidade.

MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção onde serão convidados participar todos os pacientes com hipertensão arterial adscritos na UBS Mutirão (total de 482 pacientes). A participação será voluntária.

A intervenção será realizada em três momentos.

O **Primeiro momento:** a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de socializar os objetivos, metodologia e resultados esperados.

O **Segundo momento:** é o levantamento de Informações que tem como objetivo levantar informações acerca da doença, através dos materiais de apoio como os Cadernos de Atenção Básica, assim como as fichas de acompanhamento, as entrevistas feitas para conhecer dos hábitos de vida, e da relação do paciente com o serviço de saúde. Estas informações serão utilizadas posteriormente no planejamento das ações de cuidado (terceiro momento).

(1) Causas relacionadas aos hábitos de vida:

- Fatores de risco: sedentarismo (realização de exercícios físicos), hábito de fumar, álcool.
- O nível educacional (nível de informação da doença).
- Idade, sexo, estado civil.

(2) Causas relacionadas com os serviços de saúde:

- Consulta médica (data da última consulta e motivação).
- Relação com o serviço e profissionais de saúde.

Os dados obtidos nas entrevistas deverão alimentar um banco de dados construídos no Microsoft Excel que deverá auxiliar na identificação dos principais problemas. Com estas informações será elaborado um plano de intervenção para dar respostas às situações nas quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direita e que podem ter um impacto sobre a maior ou baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes.

O **terceiro momento**: Aplicação do Plano de Intervenção.

O plano de intervenção deverá compreender palestras educativas com os pacientes hipertensos em vista de aumentar o nível de informação sobre a doença. As palestras terão duração de uma hora e frequência mensal com dias e horários de acordo com a disponibilidade dos hipertensos, onde falaremos sobre as características da doença, complicações e fatores de risco assim como exposição de experiências dos membros do grupo. Também serão feitas palestras educativas com os familiares, utilizaremos folders educativos, cartazes, e inicialmente serão formados três grupos de familiares, incluindo nesses grupos os que convivem com o paciente ou os que moram mais perto dos pacientes hipertensos, para discutir aspectos relacionados a convivência com um paciente hipertenso e cuidados. Os grupos familiares terão frequência mensal, sendo responsáveis por esta atividade além do médico e a enfermeira, também os agentes de saúde da família, pois eles estão em contato direto com a população.

Uma vez que a intervenção tem como objetivo modificar os maus hábitos e estilos de vida dos pacientes serão realizadas caminhadas dentro da comunidade com duração de meia hora por dia, no horário da tarde, sendo o responsável pela atividade o agente de saúde da comunidade em conjunto com o professor de educação física das escolas das comunidades.

Com relação aos serviços de saúde, para melhorar o atendimento dos portadores de HAS, será oferecida uma capacitação trimestral através de cursos curtos oferecidos pela secretaria de saúde a todo o pessoal de saúde do posto, considerando os principais pontos destacados como problemáticos nas entrevistas com os pacientes.

Cronograma

Atividades 2017	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Apresentação da proposta à equipe de saúde							
Levantamento de Informações							
Aplicação do Plano de Intervenção							
Análise dos resultados							

Recursos Necessários

Recursos Materiais: Para a realização de palestras e preparação da equipe de saúde: espaço físico adequado, Estetoscópio e Esfigmomanometro, Computador, Retroprojeter, cartazes informativos a respeito da hipertensão arterial, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas;

Recursos Humanos: Disponibilidade dos profissionais de saúde da equipe. Os profissionais já estão cientes e dispostos a participar do projeto, contudo, falta

organização adequada das agendas para disponibilização do tempo adequado necessário para ações.

Resultados Esperados

Evidentemente a HAS e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que deem conta dessa complexidade. Com relação à adesão a um tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou fracasso em obtê-la.

Nesse contexto, ao final desse projeto, espera-se promover a boa adesão por parte dos participantes, fundamental no controle de uma doença crônica. Também espera-se compreender e qualificar a forma como os profissionais de saúde se relacionam com esta população uma vez que a construção da relação terapêutica é um ponto chave para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

O método escolhido é adequado para a obtenção desses resultados uma vez que apoiasse em processos educativos, considerando o protagonismo dos usuários e sua responsabilidade na construção de hábitos de vida saudáveis e de qualidade de vida. O enfoque educativo deverá oferecer orientações e informações sobre hipertensão arterial, mudanças de hábitos, estilos de vida e a inclusão do grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

Espera-se contribuir com a reflexão sobre os temas e com a identificação da sensibilização das informações adquiridas por meio: do autocuidado, mudança dos hábitos alimentares com qualidade e quantidade adequada, administração dos medicamentos prescritos sobre orientação médica na hora e na dosagem correta, na atividade física adequada para o corpo, levando em consideração a frequência a avaliação médica e permanente acompanhamento do projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados e aperfeiçoamento das estratégias adotadas quando necessárias.

Avaliação

A cada grupo os participantes serão convidados a relatar suas impressões acerca da intervenção, sugerindo alterações e mudanças e avaliando o impacto que a participação nos grupos está tendo em suas vidas. Nas reuniões de capacitação da equipe serão discutidos os principais desafios e resultados da intervenção juntamente com todos os profissionais de saúde e serão ajustadas as estratégias de cuidado conforme as necessidades surgirem.

AÇÃO	ATIVIDADE	Responsável	Frequência
Ação 1 Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre hipertensão arterial.	Realizar palestras com o grupo de pacientes hipertensos para orientação quanto ao uso correto de medicação prescrita, assim como alguns aspectos da doença.	Médico Enfermeira ACS	Mensal
Ação 2 Modificar hábitos e estilos de vida	<ul style="list-style-type: none">- Melhorar as condições do grupo com atividade física, com o desenvolvimento de ginástica preventiva assim como a realização de caminhada que ativam a circulação. - Realizar palestras com o objetivo de modificar os maus hábitos e estilos de vida.	Médico Enfermeira Técnicos de enfermagem ACS Médico Enfermeira	Permanente Mensal

<p>Ação 3</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo</p>	<p>- Formar e orientar grupos com membros da família dos pacientes hipertensos, para supervisionar o uso correto da medicação</p>	<p>Médico Enfermeira ACS</p>	<p>Mensal</p>
<p>Ação 4</p> <p>Melhorar a estrutura e organização do serviço de saúde para o atendimento dos portadores de hipertensão arterial</p>	<p>- Capacitar os agentes comunitários para acompanharem os grupos de membros da família em relação às orientações e usos dos medicamentos dos pacientes das doenças do aparelho circulatório;</p> <p>- Capacitação de profissionais de saúde para atendimento do grupo de risco e portadores das doenças do aparelho circulatório.</p> <p>- Organizar a agenda de acordo com as orientações do plano diretor da atenção primária de saúde.</p>	<p>Medico Enfermeira</p> <p>Medico Enfermeira</p> <p>Medico Enfermeira</p>	<p>Mensal</p> <p>Mensal</p> <p>Mensal</p>

REFERENCIAS

- ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst*, v. 30, n. 3, p. 255–260, 2012.
- BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. dá C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no brasil e mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 35–38, 2006.
- BUSNELLO, R. G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arquivos Brasileiros Cardiologia*, v. 76, n. 5, p. 349–351, 2001.
- CAMBARA, P. de. *História de Cambara*. 2014. Disponível em: <<http://www.cambara.pr.gov.br>>. Acesso em: 25 abr. 2014.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; Hipertensão, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Revista Sociedade de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010.
- CLARK, M. J.; CURRAN, C. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing*, v. 17, n. 6, p. 452–459, 2000.
- CONTRERAS, E. M. et al. Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. *PubMed US National Library of Medicine National Institutes of Health*, v. 14, n. 3, p. 151–158, 2005.
- DIMATTEO, M. R. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *PubMed US National Library of Medicine National Institutes of Health*, v. 42, n. 3, p. 200–209, 2004.
- DOSS, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 201–206, 2009.
- FILHO, J. R. N. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de luzerna, santa catarina. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 89, n. 5, p. 319–324, 2007.

- GOULART, F. A. de A. *Organização Mundial da Saúde. Doenças crônicas não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- GUIRADO, E. A. et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gazeta Sanitária*, v. 25, n. 1, p. 62–67, 2011.
- GUSMÃO, J. L. Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados. Guarulhos, SP, n. 104, 2005. Curso de Atenção Básica em Saúde, Departamento de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- GUSMÃO, J. L. de et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*, v. 16, n. 1, p. 38–43, 2009.
- HASSAN, N. B.; HASSAN, C. I. Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. *PubMed US National Library of Medicine National Institutes of Health*, v. 20, n. 1, p. 23–29, 2006.
- HO, P. M. et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *PubMed US National Library of Medicine National Institutes of Health*, v. 166, n. 17, p. 1836–1841, 2006.
- JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 4, p. 452–457, 2007.
- JARDIM, P. C. V.; JARDIM, T. de S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 26–29, 2006.
- JR, D. M. et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 99–106, 2010.
- JR, M.; PIERIN, A. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial respostas de médicos brasileiros a um inquérito. *Revista de Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 3, p. 249–254, 2001.
- LESSA Ínes et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 87, n. 6, p. 747–756, 2006.

MARTINS, M. S. A. S. et al. Hipertensão arterial e estilo de vida em Sinop, município da Amazônia legal. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 94, n. 5, p. 639–644, 2010.

MENDOZA, S. et al. Determinant factors of therapeutic compliance in elderly hypertensive patients. *Revista Médica Chile*, v. 134, n. 1, p. 65–71, 2006.

MION, D.; PIRIN, A.; IGNEZ, E. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 17, n. 4, p. 229–239, 1995.

OBRELI-NETO, P. R. et al. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do município de salto grande. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 13, n. 3, p. 229–233, 2010.

OMS, O. M. de la S. *Global Health Observatory Data Repository*. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud, 2008.

OMS, O. M. de la S. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra.Zuiza: Organización Mundial de la Salud, 2010.

(OMS), O. M. de la S. *Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial*. Ginebra Suiza: OMS, 2013.

OMS, W. H. O. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.

PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *PubMed US National Library of Medicine National Institutes of Health*, v. 26, n. 4, p. 541–548, 2013.

PUCCI, N. et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 25, n. 4, p. 322–329, 2012.

REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 59–65, 2009.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. de. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 2, p. 232–239, 2014.

RUDD, P. Nurse Management for Hypertension. *Revista RNAO*, v. 14, p. 921–927, 2004.

RUFINO, D. B. R.; DRUMMOND, R. A. T.; MORAES, W. L. D. de. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma unidade básica de saúde. *J Health Sci Inst.*, v. 30, n. 4, p. 336–342, 2012.

SALES, C. de M.; TAMAKI, E. M. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipert. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 157–163, 2007.

SANTA-HELENA, E. T. de; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Revista Scielo Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2389–2398, 2010.

SIAB, S. de Informação da A. B. *Informações Estadísticas*: Secretaria municipal de saúde cambara. 2015. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em: 06 mar. 2015.

SOUZA, A. R. A. de et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de campo grande, ms. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 4, p. 441–446, 2007.

WU, J. Y. F. et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomized controlled trial. *The BMJ*, p. 333–522, 2006.

ANEXOS

Anexo 1: Termo de livre esclarecimento.

Convidamos o (a) Sr (a) -----para participar do Projeto de intervenção sobre Hipertensão Arterial que será feito na UBS Mutirão do Município Tefé-AM sobre a responsabilidade do pesquisador Dr. Taire Claxton Carrión. Sua participação é voluntaria e será através de entrevista. A participação neste projeto não traz complicações legais e não apresenta riscos previsíveis. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no diagnóstico e tratamento de esta doença crônica.

Obrigado pela participação.

Anexo 2: Roteiro da entrevista.

1. Você conhece de que se trata a hipertensão arterial. ----Sim, ----não.
2. Você toma sua medicação todos os dias. -----sim, -----não.
3. Você conhece que órgãos esta doença afeita. -----Sim, ----não.
4. Você sabe como tem que mudar sua vida para viver com essa doença. -
--sim, ---não.
5. Você acredita que com atividade física, boa alimentação e medicação certa tenra uma vida normal -----Sim, ----não.
6. Você conhece quales são as complicações da hipertensão arterial-----
sim----não.