

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

Tania Garcia Gutierrez

IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA E IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
NO SEU CONTROLE

PORTO ALEGRE

2018

TANIA GARCIA GUTIERREZ

**IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA E IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE
NO SEU CONTROLE**

Trabalho de conclusão do curso
de Especialização em Saúde da Família
da Universidade de Ciências da Saúde de
Porto Alegre e UNA-SUS.

Orientadora: Vanessa Vilhena
Barbosa

Porto Alegre

2018

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Estudo do Caso Clínico	5
3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção	11
4. Visita Domiciliar	14
5. Reflexão Conclusiva	16
6. Referências Bibliográficas	18
7. Anexo 1 – Projeto de Intervenção	19

1. Introdução

Meu nome é Tania Garcia Gutierrez, de 48 anos de idade. Nasci no estado de Villa Clara, Cuba, localizado no centro da ilha, onde realizei meus estudos profissionais no Instituto Superior de Ciências Médicas, até o ano 1993. Tenho 24 anos de experiência profissional, exercendo como doutora da atenção primária no país e em Venezuela durante 4 anos. Me aderi ao programa Mais Médicos para o Brasil em julho de 2016, começando a trabalhar na UBS Eloy Mesa de Andrade, do município Palmares do Sul, estado Rio Grande do Sul, onde trabalho faz um ano.

O território adstrito à UBS tem 5 micro áreas, 4 urbanas e uma rural e uma população aproximada de 1809 habitantes, com uma alta taxa de envelhecimento. Geralmente o nível educacional e as condições socioeconômicas da população são baixos e sua principal atividade econômica é o cultivo do arroz. Os cenários fundamentais da comunidade são: as igrejas católicas e evangélicas, a creche, duas escolas de ensino fundamental, além existem várias empresas como: a Cooperativa Arrozeira, o Instituto Riograndese do Arroz (INRA) e duas Reseiras. A UBS esta informatizada através de prontuário eletrônico, onde são registradas todas as informações estatísticas da unidade. Os principais problemas de saúde identificados com uma maior incidência e prevalência são as doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão arterial Sistêmica, Diabete Mellitus e as doenças relacionadas com a Saúde Mental e dentro das não transmissíveis as infecções respiratórias agudas.

Nosso projeto de intervenção foi desenvolvido com base à existência duma alta taxa de Hipertensão Arterial Sistêmica na população da área de abrangência e ao alto índice de não controle da doença. A metodologia foi realizar um programa educativo com amostra de pacientes hipertensos cadastrados na unidade que tiveram fatores de risco ou estiveram descompensados no ultimo ano, com o objetivo de melhorar as condições de saúde dos usuários, além de reduzir a mortalidade relacionados com as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares através duma abordagem multiprofissional com o propósito de alcançar mudanças do estilo de vida e maior adesão ao tratamento.

2. Estudo do Caso Clínico

ANAMNESE

Identificação

Nome: Pedro Reis de Fraga

Idade: 50 anos

Sexo: masculino

Escolaridade: ensino médio completo

Religião: sem

Estado civil: casado

Profissão: lavora de arroz

Naturalidade: São Leopoldo

Residência atual: Palmares do Sul

QUEIXA PRINCIPAL

Cefaléia

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

1ª CONSULTA MÉDICA: 09/01/2017

Paciente com historia de Hipertensão Arterial Sistólica faz 10 anos com tratamento de losartana 50 mg e hidroclorotiazida 25 mg ,não uso sistemático, fumante e obeso. Referindo sintomas associados de tonturas, perda da força muscular do lado direito do corpo, dificuldade de falar adequadamente.

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

Sintomas gerais: aumento de peso aproximado de 10 kg nos últimos 3 meses.

Sistema respiratório: dispnéia ligeira aos esforços físicos

Sistema nervoso: perda da força muscular e dificuldade para falar faz 1 hora.

Não sintomas associados no resto dos sistemas.

ANTECEDENTES PESSOAIS

Fisiológicos: nascido de parto fisiológico, peso ao nascer 3200 gr ,de família de 2 irmãos

Sexarca: 15 anos

Patológicos:

-doenças da infância: varicela

-habito de fumar desde os 15 anos, com aumento do consumo nos últimos 2 meses a mais de 20 cigarros ao dia

-dieta rica em gorduras e carboidratos.

-não cirurgia nem alergias.

-Hipertensão Arterial faz 10 anos.

-nega outras doenças crônicas não transmissíveis.

-uso de losartana 50 mg 1 cp 2 vezes ao dia e hidroclorotiazida 25 mg 1 cp ao dia, de uso não regular.

ANTECEDENTES FAMILIARES

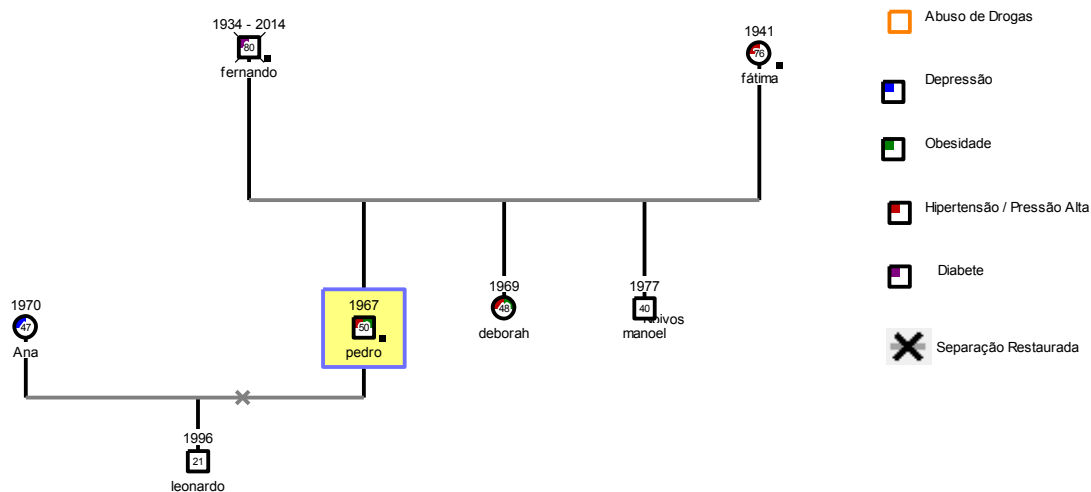
Mãe: viva /hipertensa

Pai: falecido/cetoacidose diabética

Irma: viva/hipertensa e obesa

Irmão: vivo/abuso de drogas

GENOGRAMA



CONDIÇÕES DE VIDA

Alimentação rica em carboidratos e gorduras.

Condições da habitação: casa de madeira, 5 quartos, abastecimento de água de poço, escamento de banheiro é por fossa rudimentar.

Condições de moradia: mora com a mulher e seu filho de 21 anos.

Historia ocupacional: trabalha na lavoura de arroz faz 5 anos .

Atividade física: sedentário.

Vícios: fumante desde os 15 anos, não consumo de álcool nem drogas.

Condições socioeconômicas: renda familiar baixa, salário mínimo, esposa dona de casa e filho que não estuda nem trabalha.

Vida conjugal e ajustamento familiar: casado faz 23 anos com conflitos na relação, separação e restauração por dificuldades na educação do filho.

EXAME FÍSICO

Geral:

Paciente masculino, branco, que perambula com dificuldade, mobilizar se com ajuda da mulher, face assimétrica.

Pele e mucosa cor normal, boa hidratação.

Não edemas

Tecido adiposo aumentado

Sinais vitais:

Temp. 36 °C

PA 170/105

BC 86 bpm

FR 20 rpm

Altura 167 cm

Peso 95 kg

IMC 34,1

CA 105 cm

Regional:

Crânio de aspecto normal, cara com assimetria facial do sorriso, pupilas simétricas

Pescoço normal, tireóide não visível nem palpável, palpação das carótidas normal

Tórax de aspecto e configuração normal, mamas normais

Abdome proeminente, sem alterações

Extremidades simétricas, coluna vertebral sem alterações, pulsos normais.

Sistemas:

Respiratório: não tiragem, não dispnéia, barulho vesicular conservado, não estertores, expansibilidade normal, percussão normal

Cardiovascular: área cardíaca normal, batimentos cardíacos normais, não sopro

Digestivo: abdome suave ao tato, não órgãos aumentados de tamanho

Genitais normais

Renal: sem alterações

Nervoso: paciente consciente localizado em tempo, espaço e pessoa, assimetria facial, linguagem que arrasta as palavras, força muscular diminuída do lado direito, dormência desse lado ao explorar a sensibilidade, mobilidade diminuída.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA

-Hipertensão Arterial Sistólica estágio 2: de acordo aos critérios diagnósticos e classificação do Caderno de Atenção Básica de Hipertensão arterial N 15 /2006, corroborado na anamnese e exame físico

-Acidente vascular encefálico isquêmico: de acordo aos dados oferecidos no interrogatório e exame físico

-Obesidade: IMC 34,1 CA 105 cm

CONDUTA

Por se tratar de um paciente hipertenso estágio 2 com sintomas e sinais neurológicos no exame físico de acidente vascular encefálico isquêmico, decidimos encaminhar ao paciente ao hospital de referência do município através de SAMU para observação do quadro clínico.

Indicamos captopril 25 mg 1 cp sublingual

Não colocamos oxigênio por não contar na UBS.

EVOLUÇÃO

2ª CONSULTA MÉDICA: 11/01/2017

Paciente que perambula sem dificuldade, refere que esteve internado durante 24 horas em observação no hospital, onde realizou se controle da PA, oxigênio, AAS 100 mg 3 cp , com recuperação ao alta sem presença de seqüelas,não refere sintomas neurológicos nem sinais positivos ao exame físico.

PA 140/90 BC 76 bpm FR 20 rpm

Conduta:

- Indico exames complementares, que foram coordenados com prioridade como são: dosagem de potássio, creatinina, glicemia jejum, hemátocrito, colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, ECG, exame de urina

-Orientações sobre modificações do estilo de vida

-Tratamento com hidroclorotiazida 25 mg 1 cp de manhã,enalapril 10 mg 1 cp de 12 em 12 horas

-Reavaliar dentro de 15 dias para avaliar resultados de exames

-Encaminhamento para Nutricionista e Psicólogo

-Encaminhamento para Oftalmologista para fazer fundo de olho

3ª CONSULTA MÉDICA: 03/02/2017

Paciente que assiste a consulta para mostrar resultados de exames, refere que está bem

Sinais vitais

PA140/80 BC 80 bpm FR 20 rpm

Exames

Potássio 5 mmol/l

Glicemia jejum 115 mmol/l

Colesterol total 200 mmol/l

HDL 50 mg/dl

LDL 150 mg/dl

Hemátocrito 45%

Triglicerídeos 170 mg/dl

Urina normal ECG sinais de hipertrofia ventricular esquerda

De acordo à classificação de risco cardiovascular no estudo de Framingham no Caderno de Hipertensão Arterial da Atenção Básica N 14, o paciente tem um risco em 10 anos moderado com um total de 16 pontos.

Conduta:

_ Realizo atividades de promoção à saúde com ênfase em manter uma alimentação saudável, baixa em gorduras e carboidratos e rica em verduras e vegetais, incentivar a prática de exercícios físicos

-abordagem multiprofissional nutricionista, psicólogo

-Incorporar lher as atividades de grupos

-Manter tratamento com enalapril 10mg 1 cp de 12 em 12 horas e hidroclorotiazida 25 mg 1 cp de manhã

-Incorporar Aas 100 mg 1 cp no almoço, sinvastatina 20 mg 1 cp de noite

-Reavaliar em 3 meses.

-Acompanhamento através de visita domiciliar por agente comunitária.

3. Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção

De acordo a OMS: a promoção de saúde é um processo que empodera as pessoas, tanto no sentido de melhoria como de controle de sua saúde. A saúde é, por tanto, visto como recurso para o dia a dia, não como objetivo de viver. É um conceito positivo, que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Sendo assim, promoção da saúde não é apenas responsabilidade do setor da saúde, indo além de um estilo de vida saudável, rumo ao bem-estar. (Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade).

O incremento na atualidade das doenças crônicas não transmissíveis e os valores crescentes dos indicadores de morbidade e mortalidade tem colocado as praticas de prevenção e promoção à saúde na ordem do dia do trabalho desenvolvido pelas equipes de suade na atenção primária, visando um novo estilo de trabalho voltado não exclusivamente à doença senão também ao ambiente físico e psicossocial. As ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde são parte do plano Nacional de Enfrentamento das Doenças crônicas não Transmissíveis para o período 2011-2023(Brasil, 2011).

Como parte do estudo de alguns dos casos propostos, vemos como a Diabete Mellitus, a Hipertensão Arterial e as doenças de Saúde mental associadas a fatores de risco como o fumo, o consumo excessivo de álcool, o sedentarismo e a obesidade se encontram dentro das causas mais freqüente de atendimento na ESF, o qual foi tema de nosso projeto de intervenção, por a alta incidência dessas doenças na comunidade adstrita à unidade de saúde, daí a necessidade de desenvolver atividades direcionadas ao seu controle.

Em meu trabalho cotidiano na unidade de saúde tenho incorporadas ações voltadas à prevenção e promoção da saúde voltada ao individuo e a comunidade, relacionadas à atenção pré-natal, cuidado as crianças, controle das doenças crônicas não transmissíveis e de saúde mental, entre outras e que envolve um trabalho multiprofissional e intersetorial. Dentro dessas ações temos: educação em consulta e atividades coletivas, como palestras o em grupos, sobre os riscos do tabagismo e o consumo excessivo do álcool, os quais potencializam os danos de doenças crônicas não transmissíveis ,recomendações de tratamento farmacológico aos casos com vontade de

deixar o fumo e acompanhamento com psicologista e psiquiatra ,atividades dirigidas a promover estilos de vida mais saudáveis como são alimentação adequada ,baixa em gorduras saturadas e carboidratos e incrementar o consumo de frutas e vegetais através do trabalho com o grupo de Alimentação Saudável, que temos conformado e acompanhamento com nutricionista, além realizamos orientações nas escolas sobre o tema, para incentivar hábitos alimentares adequados, desde a infância.Também foi criado um grupo de caminhada com o objetivo de mobilizar a comunidade, na pratica de exercícios físicos e evitar o sedentarismo e a obesidade.Outra estratégia é priorizar a visita domiciliar aqueles pacientes com má adesão ao tratamento ,faltosos a consulta o com complicações, com o objetivo de realizar um abordagem mais personalizado e envolver à família no tratamento.

As doenças de Saúde mental constituem um problema atual na comunidade por sua alta incidência pelo que desenvolvemos atividades que envolvem a comunidade como são palestras, caminhadas, chás onde se oferecem atividades educativas sobre diversos temas, os casos que precisam, são referidos aos especialistas de psicologia e psiquiatria, assistência social, além do suporte emocional que oferecemos ao paciente e a família.

Outro dos pilares fundamentais da atenção básica o constitui a atenção pré-natal e algumas das ações de promoção de saúde que realizamos na unidade de saúde são as seguintes: atividades individuais e em grupos, sobre a importância do pré-natal, periodicidade das consultas, incentivar o aleitamento materno e ao parto normal, sobre a vacinação contra Tétanos e Hepatite B, cuidados de higiene e sanitários na gravidez e ao pós-parto, nutrição adequada, hábitos saudáveis de vida, os riscos do tabagismo, do uso de álcool, e outras drogas, uso de medicamentos na gestação, estimular a participação do pai no pré-natal para o preparo do casal para o parto. Também se prescrevem os medicamentos padronizados para o programa: sulfato ferroso e ácido fólico para tratamento e profilaxia de anemia, identificar as gestantes com fatores de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência para atenção de alto risco, solicitar os exames complementares estabelecidos em cada trimestre da gestação,assim como a realização dos testes rápidos e orientar tratamento em caso de alterações,fazer exame das mamas e cito patológico na prevenção do câncer de colo de útero e da mama, identificação

de sinais de alarma na gravidez, realizar visitas domiciliares durante a gravidez e após-parto busca ativa de faltosas, manterem a coordenação do cuidado através da pactuação com outras redes assistenciais, urgência e emergência, atenção psicossocial às grávidas vítimas de violência ou pacientes com sintomas de depressão pós-parto.

O cuidado as crianças também resulta de importância vital, pelo que existe um dia da semana, no horário da manhã destinado às consultas de puericultura onde avaliamos a saúde da criança e aproveitamos para realizar atividades educativas com os pais, relacionadas com: benefícios do aleitamento materno, nutrição saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes de acordo a idade. Temos um grupo de adolescentes na unidade, com uma frequência de encontro cada 15 dias, onde discutimos aspectos de interesse para eles como prevenção das DST e AIDS, planejamento familiar, sexualidade. A equipe mantém um estreito vínculo com as escolas da comunidade, que são mobilizadas nas atividades de participação comunitária convocadas pela unidade de saúde, também durante o ano em curso realizamos duas palestras nas escolas sobre gravidez na adolescência e riscos do consumo de droga por constituir problemas de saúde que afetam a comunidade.

4. Visita Domiciliar

A assistência prestada por meio de a visita domiciliar (VD) constitui um Instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família, fortalecer os vínculos do paciente ,da terapêutica e de profissional ,assim como atuar na promoção de saúde,prevenção,tratamento e reabilitação de doenças e agravos(PEREIRA et al,2004).

Para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade.Estabelece o rompimento do modelo hegemônico,centrado na doença ,no qual predomina uma postura profissional e de pouca interação com o usuário voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar(ALBURQUERQUE,2009)

As visitas domiciliares devem ser programadas pela equipe de saúde, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades ,por conta de especificidades individuais ou familiares(BORBA,OLIVEIRA,2007).

De acordo ao caderno atenção Domiciliar devem-se considerar os seguintes critérios gerais:

- situações ou problemas novos na família que constituem risco à saúde.
- situação ou problema crônico agravado.
- situação de urgência.
- problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- problemas de acesso à unidade de saúde.

No contexto de nossa unidade de saúde, a visita domiciliar constitui uma ferramenta essencial do trabalho, que nos permite estreitar o vínculo com os usuários e a comunidade. Durante a reunião da equipe realizada semanalmente, são discutidos os problemas de saúde dos indivíduos e das famílias, estabelecendo as prioridades de aqueles que precisam atendimento domiciliar multiprofissional e que foram previamente identificados por as

agentes comunitárias em suas visitas mensais às famílias. Além disso são analisados os objetivos da visita, assim como a proposta de ações que serão desenvolvidas.

De acordo aos principais problemas de saúde, abordados na ESF e que foram descritos na introdução de nosso estudo, em relação alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatias, agravados por estilos de vida não saudáveis e uma má adesão aos tratamentos, geralmente as visitas domiciliares são priorizadas a esse grupo, fundamentalmente pacientes idosos, faltosos a consultas, com complicações ou agravos, camados, com dificuldade de acesso ou locomoção, já que temos micro área distantes da unidade de saúde.

Como parte do planejamento de meu trabalho, realizo as visitas domiciliares todas as terças feiras, no horário da tarde, conjuntamente com as agentes comunitárias ou técnicas de enfermagem de acordo às necessidades estabelecidas e temos um carro, fornecido por a secretaria de saúde, para poder nos mobilizar aos domicílios distantes. Durante a visita domiciliar avaliamos o estado de saúde do indivíduo, as condições socioeconômicas, de moradia e saneamento básico da família, fazemos proposta de ações de prevenção e promoção de saúde sobre mudanças de estilo de vida saudáveis, sobre a importância de adesão ao tratamento, cuidados à higiene pessoal e ambiental, identificamos fatores de risco ambientais e sociais e condições sensíveis à saúde, realizamos abordagem familiar sobre os problemas identificados. No caso de pacientes camados, oferecemos treinamento aos cuidadores sobre seu manejo, cuidados gerais e fornecemos suporte emocional ao paciente e família. Aqueles casos que foram dados de alta por cirurgias, doenças agudas ou agravos de doenças crônicas, também realizamos visita domiciliar para seu acompanhamento e oferecer cuidados continuados aqueles que precisem.

A visita domiciliar sempre que seja planejada, organizada e cumpra com os objetivos previstos, constitui um instrumento essencial na ESF, que permite estreitar os vínculos com os usuários e a família e fazer intervenções num plano mais humanizado e individualizado.

5. Reflexão Conclusiva

O estudo de diversos temas relacionados com Saúde da Família, a través do curso de Especialização, forma parte essencial na educação permanente dos profissionais da Atenção Básica Saúde, que nos permite um treinamento mais efetivo com uma visão integral ao individuo, à família e à comunidade, a fim de oferecer um atendimento mais qualificado. Além de aprofundar na realidade da saúde pública no Brasil e suas principais problemáticas.

Fazendo uma reflexão dos conteúdos apresentados no Eixo I relacionados com a saúde coletiva como são: o estudo dos princípios do SUS, os atributos da atenção primária, as redes de atenção à saúde (RAS), o conhecimento de aspectos epidemiológicos relacionados com vigilância em saúde, assim como, aprofundarem no desenvolvimento do processo de trabalho na atenção básica, como o constitui a confecção da agenda profissional e as diferentes modalidades terapêuticas e praticas individuais e coletivas ,nos possibilitou os conhecimentos necessários, para um melhor manejo dos casos complexos estudados no Eixo II. O uso dos sistemas de informação, nos oferecem dados importantes no trabalho cotidiano, que nos permite direcionar nossas ações, a favor dos problemas identificados.Outra ferramenta essencial na pratica assistencial, o constitui o aprendizagem do Registro Clinico na Atenção Primária de Saúde, que nos ajuda na abordagem individualizado dos casos. O estudo dos problemas de saúde, apresentados através dos casos complexos, assemelham se a nossa realidade na unidade de saúde, vivenciado no trabalho diário, como são a alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis,como a Hipertensão Arterial ,que constitui nosso principal problema de saúde, e foi tema do Projeto de Intervenção,também a ocorrência de doenças transmissíveis ,o estudo dos fatores de risco associados assim como as determinantes sociais do território adstrito à unidade de saúde,além de conscientizar nas ações de prevenção e promoção de saúde como principais estratégias da atenção primaria direcionadas à saúde individual e coletiva.

Considero que a trajetória do curso de Especialização em Saúde da Família e o uso do portfólio como ferramenta, foi muito útil, me permitiu o

aperfeiçoamento da modalidade à distância por meio do ambiente virtual de aprendizagem, interagir experiências com outros profissionais e a elaboração das atividades do portfólio aumentaram meu treinamento profissional e incorporou novos conhecimentos para minha prática assistencial na Atenção Básica de Saúde.

6. Referências Bibliográficas

Revista Brasileira de Medicina de família e Comunidade.

Ministério de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. 2011-2012. Brasília: Ministério de Saúde; 2011.

Pereira MJB, Teixeira RA, Fortuna CM. Assistência domiciliar, instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência, na formação. Brasília: Ministério de saúde; 2004.p 7180.

Albuquerque ABB, BUS, MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Caderno de Saúde Pública; 2009; 25(5): 1103-12.

Borba PC, Oliveira RS. O PSF na prática: organizando o serviço; 2007.

Caderno Atenção Domiciliar. Vol. 1; Brasília; 2012.

7. Anexo 1 – Projeto de Intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Tania Garcia Gutierrez

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

PALMARES DO SUL

2017

TANIA GARCIA GUTIERREZ

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Plano de intervenção na
assistência prestada aos portadores de
hipertensão arterial sistêmica de uma
estratégia de saúde da família.

Palmares do Sul

2017

Resumo

A hipertensão Arterial é um importante fator de risco para doença decorrente de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente por acometimento cardíaco, cerebral e vascular periférico.

É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial de Cardiopatia Isquêmica e dos Acidentes Vasculares Cerebrais, respectivamente. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Defina-se a doença como a pressão sanguínea de valor igual o superior a 140/90 mmHg para um individuo adulto maior de 18 anos ,em duas ou mais ocasiões.O objetivo geral de nosso trabalho foi elaborar um plano de intervenção para a assistência aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações na área adstrita do ESF Eloy Mesa de Andrade, Palmares do Sul/RS.

Foi realizado um estudo dos pacientes cadastrados como hipertensos, a partir dos prontuários individuais e fichas familiares, do total de 397 pacientes, foi escolhida uma amostra de 190 pacientes, os quais no ultimo ano estiveram descompensados ou tiveram fatores de risco identificados.

Elaborou-se um plano de intervenção educativo para sua aplicação a estes pacientes, visando manter os níveis pressóricos dentro dos limites preconizados pelo ministério de saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e evitar futuras complicações.

Palavras Chaves: Hipertensão Arterial, fatores de risco, doenças cardiovasculares.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	23
2-OBJETIVOS.....	25
OBJETIVO GERAL 25.1	
OBJETIVOS ESPECIFICOS 25.2	
3-REVISÃO DE LITERATURA.....	26
4-METODOLOGIA.....	30
5-CRONOGRAMA.....	31
6-RECURSOS NECESSARIOS.....	33
7-RESULTADOS ESPERADOS.....	34
8-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35
9-ANEXOS.....	37

INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Sul situado no extremo meridional do Brasil apresentou a melhor posição do índice de desenvolvimento humano entre os estados brasileiros sendo considerado o estado com maior qualidade de vida no ano 1996. O processo demográfico de envelhecimento de nossa população evidenciado através da Pesquisa Nacional por Amostragem domiciliar (PNAD) de 1997 a 1999 (1) implica em um incremento futuro na incidência e prevalência das doenças crônico- degenerativas ,entre elas as cardiovasculares .A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no estado foi de 35,4 % no ano 1998. Neste contexto a Hipertensão Arterial sistêmica devido seu importante papel como fator de risco cardiovascular modificável (2) revela-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública, com uma prevalência entre 10 e 42 % dependendo da região (3). Além disso, acumula – se na literatura científica evidencias demonstrando que ações preventivas e terapêuticas direcionadas à Hipertensão Arterial reduzem a morbimortalidade associada às doenças cardiovasculares. O município Palmares do Sul, RS tem uma população de acordo censo demográfico 2010 de 10969 habitantes e um índice de desenvolvimento humano (IDHM) de 0,75 (BRAZIL 2013) .As principais causas de internações e óbitos no município são as doenças respiratórias e cardiocirculatórias .Existe no município 3 unidades básicas de saúde (UBS) .Na unidade básica Eloy Mesa de Andrade após fazer uma análise e discussão com a equipe de saúde e de realizar um levantamento sobre a situação de saúde da área de abrangência identificou – se a alta incidência de Hipertensão Arterial na comunidade (25,99%) como um problema de saúde prioritário , e constitui uma das causas mais freqüentes de assistência a consulta medica existindo um mau controle dos fatores de risco como são : hábitos alimentares não saudáveis ,obesidade ,tabagismo,sedentarismo, consumo elevado de bebidas alcoólicas ,além duma educação insuficiente ,abandono de tratamento e falta de um trabalho sistemático com os grupos em o controle desta doença.

As maiorias das diretrizes recomendam que o diagnóstico deva ser definido com pressão arterial sistólica (PAS) > o igual 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) > o igual 90 mmHg ,em medidas repetidas para

adultos de > o igual de 18 anos ,embora para pacientes com 80 anos ou mais ,é aceitável PAS de 150 mmHg. Há uma relação estreita entre os níveis de pressão arterial e o risco eventos cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e doença renal .O menor risco cardiovascular verifica-se com pressão arterial (PA) de 115/75 mmHg ,o para cada aumento de 20 mmHg na PAS e 10 mmHg na PAD dobram o risco de eventos cardiovasculares maiores (47 %) e AVC (54 %). O aumento de PAS e redução de PAD, com a idade, refletem a progressiva rigidez da circulação arterial. O objetivo terapêutico é reduzir a valores inferiores aos usados para o diagnóstico (4 e 5) .

OBJETIVOS:**GERAL:**

- Elaborar um plano de Intervenção para a assistência aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e suas complicações na área adstrita da UBS Eloy Mesa de Andrade.

ESPECÍFICOS:

- Identificar aos pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial com riscos de desenvolver complicações.

-Reduzir as complicações e agravos causados por a Hipertensão, lograr modificar os hábitos inadequados por estilos de vida mais saudáveis .

REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão arterial 2010, p 7) .

Números da organização Mundial da saúde (OMS) indicam que há cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. A doença atinge, em média, 25 % da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e, surpreendentemente, a 5 % dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH).

Durante XXIII Congresso Brasileiro de Hipertensão, organizado pela Sociedade Brasileira de Hipertensão, a preocupação com o crescimento da Hipertensão Arterial é uma realidade no mundo. Segundo o estudo de 2015 Heart Disease and Stroke Statistics (Estatísticas sobre doenças cardíacas e infarto) da American Heart Association durante a última década pesquisada de 2001 a 2011, a taxa de morte por Hipertensão Arterial, em mais de 190 países pesquisados, aumentou 13,2%%. O Brasil figura no sexto lugar entre os países com a mais alta taxa de morte por doenças cardíacas, infartos e Hipertensão Arterial, entre homens e mulheres de 35 a 74 anos.

Hipertenso é todo indivíduo adulto, maior de 18 anos, cuja pressão arterial sistólica atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou pressão diastólica seja igual ou mais que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Porém, a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg representa uma variável linear, contínua e independente que se associa positivamente com o risco cardiovascular (VI Diretrizes Brasileiras (de Hipertensão Arterial, 2010)

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Pré- hipertensão	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão estágio Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI DBH (2010)

Dividimos a Hipertensão Arterial em duas classificações, de acordo com suas causas: Hipertensão essencial (primária) e Hipertensão secundária. A Hipertensão primária é aquela que surge sem uma causa definida. Esta forma é responsável por 95 % dos casos. Os fatores de risco mais frequentes associados são os seguintes: idade, gênero e etnia, obesidade, elevado consumo de sal, consumo de álcool, sedentarismo, colesterol alto, tabagismo, Diabete Mellitus (6).

O Jornal Brasileiro de Nefrologia de 2010 relaciona os fatores de risco com a Hipertensão Arterial:

- Idade: existe relação direta e linear da pressão arterial (PA) com a idade, sendo a prevalência de Hipertensão Arterial superior a 60 % na faixa etária acima de 65 anos.

- Gênero e etnia: a prevalência global de a Hipertensão Arterial entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até

os 50 anos. Em relação à cor, a Hipertensão Arterial é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca.

-Excesso de peso e obesidade: se associa com maior prevalência desde idades jovens. Incremento de 2,4 kg/m² no índice massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão.

-Ingestão de sal: ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da pressão arterial. A população brasileira apresenta um padrão rico em sal, açúcar e gorduras.

-Ingestão de álcool: a ingestão de álcool por períodos prolongados pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular.

- Sedentarismo: a atividade física reduz a incidência de Hipertensão Arterial bem como a mortalidade e o risco de doenças cardiovasculares.

Na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo e na Atenção Primária à Saúde é que se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (7). A ampliação das ações com esse grupo de risco deve ser preconizada, em virtude do custo-benefício do controle da hipertensão arterial (consultas periódicas, grupos educativos, visitas domiciliares) em detrimento do custo do tratamento dos agravos (hemodiálise, cirurgias de reperfusão em infarto cardíaco, tratamento da retinopatia hipertensiva, internações, fisioterapia, etc.). Percebe-se que os gastos em saúde são minimizados se a intervenção for feita na atenção primária, e não na secundária ou terciária, havendo possibilidade de promover melhor qualidade de vida para a comunidade (8).

Há necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios), uma vez que é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial. É importante que não só o hipertenso, mas toda sua família se conscientize acerca da importância dos hábitos saudáveis de vida como principais medidas de prevenção contra a Hipertensão Arterial (9).

Observa-se que alguns instrumentos da prática da APS são importantes para a resolução da maioria das questões suscitadas, como a realização de grupos educativos, que permitiriam uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, e a realização de visitas

domiciliares, em que a equipe de saúde poderia avaliar “in loco” a relação entre auto-cuidado e fatores de risco de cada indivíduo (7,8).

Percebe-se que a abordagem preventiva e de promoção à saúde à Hipertensão Arterial é importante, uma vez que esta é uma doença muitas vezes silenciosa e com alto índice de morbidade e mortalidade, sendo eficazes atividades que minimizem os danos à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção a partir do estudo dos pacientes Hipertensos cadastrados na UBS ELOY Mesa de Andrade. A metodologia consistiu no primeiro momento em realizar um levantamento de dados através dos prontuários e fichas familiares identificando-se um total de 397 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Do total foram selecionados 190 pacientes os quais no ultimo ano apresentaram média de pressão arterial igual o superior a 140/90 mmHg durante a monitoração ambulatorial da pressão arterial ,os valores foram estabelecidos pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

As agentes comunitárias de saúde foram às responsáveis de conduzir aqueles pacientes com mais de 18 anos que foram identificados para o estudo e que tiveram vontade de participar. Com a ajuda das técnicas de enfermagem realizou-se o acolhimento dos usuários na sala de espera do posto, a monitoração da pressão arterial, a realização de exames e a realização de palestras educativas com respeito o tema. O medico foi o responsável do acompanhamento dos pacientes, prescrição de tratamentos, avaliação de possíveis complicações e seguimento dos casos.

Após o analise dos casos identifico-se como nós críticos do problema os seguintes: abandonos de tratamentos, estilos de vida não saudáveis como obesidade, maus hábitos alimentares, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, também educação insuficiente sobre a Hipertensão Arterial e trabalho inadequado na UBS em relação ao problema.

Foi desenhado um programa educativo com temas relacionados como fatores de risco das doenças e suas complicações com a finalidade de reforçar os conhecimentos dos pacientes em relação ao tema de Hipertensão Arterial para garantir a compreensão naqueles pacientes com baixo nível educacional.

A Hipertensão Arterial Sistêmica foi diagnosticada e classificada de acordo com os critérios da organização mundial da saúde (OMS) para detecção epidemiológica das doenças e das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010). A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de saúde (BVS_BIREME) na base de dados eletrônicos Literatura latina – Americana e do Caribe em ciências de suade (LILACS) e do Scientific

Electronic Library Online (SciELO) ,Geogle Academico e site do MS/SIAB,de 2010. A delimitação temporal dos artigos foi de 2002 a 2012. Foram utilizados na busca dos artigos os seguintes descritores: hipertensão arterial, atenção primaria à saúde, prevenção primaria e doenças cardiovasculares.

CRONOGRAMA

O cronograma de atividades foi elaborado no período de 6 meses a apresenta-se no seguinte quadro.

Procedimento	Meses
Realizar levantamento dos pacientes hipertensos cadastrados na UBS através de fichas e prontuários	Julho – agosto
Apresentação do trabalho à equipe de saúde	Agosto
Revisão e avaliação de consultas programadas e do dia a dia para identificar pacientes riscos	Setembro
Execução e aplicação de plano de intervenção	Setembro - Outubro
Análise dos resultados	Novembro
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho	Dezembro

RECURSOS NECESSÁRIOS

RECURSOS HUMANOS:

-Profissionais: médico, enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes comunitárias de saúde, recepcionista.

RECURSOS MATERIAIS:

- sala de espera da unidade de saúde.
- prontuários e fichas familiares dos pacientes escolhidos para o estudo.
- disponibilidade de exames complementares.
- esfigmomanômetro.
- balança adulta digital.
- glicômetro.
- maca.

RESULTADOS ESPERADOS

-Priorizar o atendimento num grupo específico de pacientes hipertensos com risco aumentado de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares com o objetivo de diminuir a morbimortalidade por a doença .

-Motivar aos pacientes na importância de mudanças de hábitos e estilos de vida mais saudáveis com a finalidade de melhorar sua saúde e estrato de risco.

-Melhorar a adesão ao tratamento e controle da Hipertensão Arterial na UBS Eloy Mesa de Andrade.

-Estimular o trabalho conjunto da equipe em bem estar do paciente.

-Aumentar a cobertura no atendimento a pacientes acima dos 15 anos e trabalhar com enfoque de risco da doença.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAZIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [IBGE Cidades @Brasília online] 2013 Disponíveis em <http://www.cidades.ibge.gov.br/tras/nome.php>.

DIRETRIZES. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos brasileiros de Hipertensão de cardiologia, v.95, supl. p 1-51, 2010.

1-Ministério da saúde Fundação Nacional de saúde. DATASUS. Informações de saúde: Pesquisa nacional por amostra de Domicílios-PNAD, 1997-1999. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>; em 9, 2001.

2-Bethesda Conference. Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. J Am Coll Cardiol 1196;27(5):957-1047.

3-Lessa I. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Insuficiência cardíaca no Brasil. Revista Brasileira de Hipertensão 2001; 8: 383-92.

4-Harrison Principles of Internal Medicine 18 Ed nova Iorque: Mc Grau - Hill, 2012.

5-Goldman, Lee, Schafer, Andrew J.Gildmaris Cecil Medicine. 24. ed.Philadelphia:Elsevier saunders,2012.

6-Causas de Hipertensão Arterial, Dr. Pedro Pinheiro, especialista nefrologia e Medicina Interna. Agosto, 2016.

7- Ministério da saúde. Norma operacional de assistência à saúde - NOAS-SUS-01/02. Brasília (Brasil): Ministério da saúde, 2002.

8-Ministério da saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília (Brasil): Ministério da saúde, 2001.

9-Saraiva KPO, Santos ZMSA, Landem FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. Texto e Contexto Enfermagem. 2007,16(2);263-70[citado em outubro de 2009].

ANEXOS

Projeto de intervenção

Quadro 1 Inadequados hábitos e estilo de vida.

Objetivo	Modificar hábitos e estilo de vida
Resultados esperados	Diminuir os riscos e eventos fatais e não fatais da doença
Ações	Programa de caminhadas Programa educativo através do trabalho com grupos de hipertensos e palestras educativas.
Recursos necessários	Humanos e materiais
Cronograma	Controle trimestral

Quadro 2 Educação insuficiente sobre Hipertensão Arterial.

Objetivo	Aumentar o nível de conhecimento sobre Hipertensão arterial
Resultados Esperados	População com mais conhecimento sobre a doença
Ações	Divulgar propaganda sobre o tema na unidade de saúde Programa educativo na radio local sobre a doença Programa de saúde escolar Atividades comunitárias educativas sobre a Hipertensão Arterial
Recursos necessários	Humanos e materiais

	(audiovisual propaganda gráfica, folhetos)
Cronograma	Controle mensal

Quadro 3 Abandono de tratamento

Objetivo	Alcançar uma melhor adesão ao tratamento
Resultados Esperados	Pacientes hipertensos com controle adequado e tratamento estável
Ações	Garantir os medicamentos e exames previstos no protocolo de Hipertensão Programa educativo sobre a importância do tratamento sistemático na atividade de grupo
Recursos necessários	Humanos e materiais
Cronograma	Controle permanente

Quadro 4 Falta trabalho sistemático na unidade de saúde em relação ao tema

Objetivo	Sensibilizar a equipe no trabalho conjunto em relação à Hipertensão
Resultados esperados	Aumentar a cobertura da atenção a população acima dos 15 anos na busca de pacientes com Hipertensão
Ações	Busca de pacientes com riscos

	de desenvolver a doença em consultas, triagem, visita domiciliar Capacitação a equipe de saúde sobre o tema Atividades educativas de prevenção e promoção de saúde (palestra, grupo)
Recursos necessários	Humanos e materiais
Cronograma	Controle trimestral