



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

Oscar Melian Ginarte

HIPERTENSÃO ARTERIAL: controle e prevenção das complicações no âmbito da
equipe da unidade básica de saúde da família de Boa Vista, Santa Cruz do Arari,
Pará.

Santa Cruz do Arari-Pará

2018

Oscar Melian Ginarte

Hipertensão Arterial: controle e prevenção das complicações no âmbito da equipe da unidade básica de saúde da família de Boa Vista, Santa Cruz do Arari, Pará.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Orientador: Luís Farias de Lima Neto

Santa Cruz do Arari - Pará

2018

SUMÁRIO

1-ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO- INTRODUÇÃO.....	4
1.1-APRESENTAÇÃO.....	5
1.2-JUSTIFICATIVA.....	6
2-ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO-ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	8
3-ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO-PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	13
4-ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO-VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO.....	17
5-ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO-REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	21
6-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
7-ANEXO A - PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	25
8- OUTROS ANEXOS.....	47

1. INTRODUÇÃO (ATIVIDADE 1)

Meu nome é Oscar Melian Ginarte, 34 anos, nacionalidade cubana, com formação em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Província de Santiago de Cuba, no ano 2009. Atuei na área da Atenção Básica desde a graduação; trabalhando na Policlínica Uvero, Município Guamá, e Policlínica Frank Pais Garcia, em Santiago de Cuba. Sou especialista em Medicina Geral Integral desde o ano 2015 e diplomado em Terapia Intensiva. Já estive em Venezuela no programa Bairro Adentro e neste momento estou no Brasil, no Programa Mais Médicos, desde agosto de 2016.

Estou lotado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) “Boa Vista”, Santa Cruz do Arari. De acordo como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui área de 1.074,85km² representando 0,09% do Estado do Pará, 0,03% da Região Norte e 0,01% de todo o território brasileiro. Há três Igrejas evangélicas e duas católicas, três escolas públicas, uma creche e um centro comunitário. A pescaria e a criação de animais, mormente bovinos, representam a principal fonte de trabalho e sustento da população.

A equipe de saúde sediada na ESF Boa Vista está composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 12 agentes comunitários de saúde (ACS), 4 técnicos de enfermagem, 1 odontóloga, 1 técnica de higiene bucal, 1 assistente administrativo, 3 de serviços gerais e 2 vigias. A ESF tem uma população de 4909 pacientes cadastrados na unidade, os demais estão cadastrados na ESF “Vila Jenipapo”.

A ESF apresenta estrutura adequada para o atendimento da população adscrita e realizar as atividades de grupo, embora sejam necessários reparos na estrutura e equipamentos. As consultas e/ou atendimentos são realizados mediante consultas agendadas e segundo os programas: hiperdia, pré-natal, puericultura, saúde da mulher, idosos, doenças crônicas não transmissível (DCNT), doenças sexualmente transmitidas (DST), visita domiciliar e demanda espontânea.

Os principais problemas de saúde são: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM tipo II) descompensadas e suas complicações, dislipidemias, infecções de vias aéreas superiores e inferiores, parasitoses intestinais. Esta prevalência se deve as precárias condições atuais de saneamento básico ambiental (falta de esgotos, falta de cultura sanitária, falta de água potável), maus hábitos dietéticos e de higienização, alimentação não saudável, falta de prática de

atividades físicas assim como a ausência de controle de fatores de risco. Também são muito frequentes as picadas de ofídios e ferroadas de Arraia.

Dispõe-se de apoio da creche e das escolas próximas a unidade, assim como da secretária de saúde e do Hospital de Pequeno Porte de Santa Cruz do Arari.

1.1 APRESENTAÇÃO

Diante da significativa frequência dos agravos elencados relativos a área cardiovascular, identificou-se a necessidade de elaborar e operacionalizar o Projeto de Intervenção, na ESF, sobre hipertensão arterial com o título: “Hipertensão Arterial: controle e prevenção das principais complicações na unidade básica de saúde boa vista, Santa Cruz do Arari, Pará” (Anexo A).

A pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma triagem inicial, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Uma em cada três pessoas no mundo sofre de hipertensão arterial (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A HAS é um importante problema de saúde no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. A principal causa de morte em todas as regiões é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (COOPER; ROTIMI, 1997).

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator

determinante de morbidade e mortalidade, quando não adequadamente controlada (CORNELISSEN; FAGARD, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o dado alarmante, visto que a doença é responsável por mais da metade dos casos de acidente vascular cerebral e de ataques cardíacos (HOLMAN; LOGRIG, 2000). Enfatiza estudo conduzido, em alguns países africanos, como o Níger, em que mais da metade da população sofre de hipertensão. No Canadá e nos Estados Unidos, a taxa de hipertensos é de 20%. A esperança de vida mais longa da população mundial é uma das causas do aumento de casos de doenças crônicas. Para além da longevidade da população, o tabagismo e a obesidade também são apontados como uma das causas para o aumento da hipertensão no mundo (CORNELISSEN; FAGARD, 2005).

A América é o continente mais afetado com 26% da população adulta acima do peso ideal. No sudeste asiático, ela é de apenas 3%. Registra-se, entretanto, que em todas as regiões do planeta a proporção de obesos aumentou nos últimos anos. As mulheres, em geral, são as mais atingidas, revela a OMS. No Brasil, os dados mais recentes são da pesquisa Vigitel, feita por telefone nas 26 capitais e no Distrito Federal. Segundo esse levantamento, 22,7% dos adultos do país apresentam hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia, inclusive em membros das equipes de atenção primária, evento que merece atenção de modo a evitar condutas precipitadas na abordagem terapêutica. A elevada incidência da HAS na comunidade adscrita ensejou o projeto de intervenção direcionado à prevenção do agravo.

Este trabalho tem como objetivo diminuir os casos de HAS na comunidade de forma geral e especificamente aumentar o nível de conhecimento da população sobre essa doença e sequelas.

1.2 JUSTIFICATIVA

Fez-se a opção pela temática em epígrafe pois existe marcante detecção de Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto de saúde local e, por certo, promoverá melhor compreensão e divulgação pelos pacientes e seus familiares.

A partir dos estudos clínico-epidemiológicos desenvolvidos na segunda metade do século em diante, a hipertensão arterial (HTA) é reconhecida como um dos principais

fatores de risco (FR) para doença cardiovascular da aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por causa de sua alta prevalência e a capacidade de medir os seus efeitos pode-se considerar que 35% do risco de manifestações cardiovasculares da aterosclerose é atribuível à hipertensão, predispõe à Doença Isquêmica do Coração (DIC), Acidente Vascular Cerebral, a Insuficiência Cardíaca (IC) e Doença Arterial Periférica (DAP). Outras pesquisas mostraram a relação da hipertensão com hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, baixo HDL-colesterol, obesidade, diabetes, o que fez esses fatores intimamente associados considera-la como entidade nosológica metabólica (COOPER; ROTIMI,1997).

Por conseguinte é importante diminuir a incidência e mudar os estilos de vida, devido à tendência crescente do aumento dos fatores de risco desta doença oferecendo uma melhor qualidade de vida e como preveni-la. Na vigência da hipertensão, como deve manter-se compensado, cumprindo o tratamento e modificando o modo e estilo de vida.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO (ATIVIDADE 2)

CASO CLÍNICO: UBS “BOA VISTA”. SANTA CRUZ DO ARARI.

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: R.W.C.P.

Idade: 53 anos.

Gênero: Masculino.

Etnia: Branca.

Ocupação: Fazendeiro.

Estado Civil: Casado.

Religião: Católica.

Naturalidade: Santa Cruz do Ararí. PA.

Residência: Vila Sacramenta (área rural). Santa Cruz do Ararí.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: No dia 13/03/2017 foi realizada visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde ao paciente que mora numa fazenda na Vila Sacramenta, com sua mulher de 46 anos de idade e um filho de 27 anos. Ele se queixava de visão embaçada, zumbido, cefaleia, tontura, dor no peito e falta de ar. Constatou-se pressão arterial alta 150/90 mmHg. Foi agendada consulta médica por suspeita de Hipertensão Arterial para o dia (16/03/2017).

ANTECEDENTES PESSOAIS: Sedentário, fazia exercícios físicos mas abandonou faz algum tempo, nega uso de álcool e cigarros, bebe muitos cafezinhos ao dia e já apresentou colesterol e triglicerídeos elevados sem usar remédios e seguir orientações.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Pai - hipertenso.

Mãe - DM tipo I, falecida provavelmente de Ataque Cardíaco.

Irmã - hipertensa.

Filhos (2) sem problemas de saúde, no momento.

1ª Consulta Médica (16/03/2017): O paciente refere que em várias ocasiões no transcorrer do dia apresentava mal-estar geral, com muita cefaleia, tontura, visão embaçada, zumbido, dor no peito, falta de ar e que já teve aumento do colesterol e triglicerídeos. Além disso, referiu que sua alimentação não era muito boa e que bebe muito cafezinho no dia a dia.

Triagem: Peso 92kg

Altura: 172 cm.

PA: 160/90 mmhg.

IMC: 31,7(Obesidade grau I)

Temperatura axilar:36,7°C

Exame Físico: Estado geral conservado.

Mucosas: Normocoradas e úmidas.

Ausculta Cardiorrespiratória normal, ausência de sopros carotídeos. FC: 68 bpm, FR:18rpm.

Abdômen: flácido, indolor, Fígado e Baço não palpáveis, ruídos hidroaéreos presentes e normais.

Extremidades: sem alterações, pulsos periféricos presentes e simétricos. Ausência de edemas.

SNC: Sem alterações.

Diagnóstico: Hipertensão Arterial em estudo.

Conduta:

1- Orientações de saúde sobre modificar o estilo de vida (manter uma dieta adequada e a pratica de exercício físico).

2- Monitorar pressão arterial na residência durante 7 dias e registrar.

3-Solicitação de exames laboratoriais: Glicemia de jejum, Colesterol Total, Triglicérides, Creatinina, Ureia, Ácido Úrico, TGO, TGP, Sumário da Urina, Hematologia e Eletrocardiograma de Repouso.

4-Retornar à consulta com monitoramento de PA e resultados de exames.

2ª Consulta (23/03/2017).

O paciente retorna à consulta com monitoramento de PA: oscilou a PAS entre 140-150 mmhg e PAD entre 90-100 mmhg, em 3 medidas.

Resultados de exames:

1-Glicemia de jejum: 98 mg/dl.

2-Colesterol Total: 270 mg/dl. (Elevado)

3-Triglicérides: 150 mg/dl.

4-Creatinina: 1,0 Ureia: 18mg/d

5-Ácido Úrico: 3,5mg/dl

6-TGO: 25U/L

7-TGP: 24U/L

8-Hematologia: Hematócrito: 40,0%. Hemoglobina: 14,0 mg/dl.

9-Sumário da Urina: Sem alterações.

10-Eletrocardiograma de Repouso: Sinais de hipertrofia ventricular esquerda.

Neste momento foi avaliado o resultado do monitoramento da PA em três medidas, tendo em conta também os fatores de risco, assim como o valor do colesterol elevado segundo o preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial, V Diretrizes de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose edição Setembro de 2013; tendo em conta a Classificação da PA (adultos >18 anos de idade) aventou-se o seguinte diagnóstico.

Diagnóstico: - Hipertensão Arterial estágio 1, associada com Hipercolesterolemia.
-Hipertrofia ventricular esquerda.

Conduta:

1-Reforço a orientação com respeito às Mudanças de Estilos de Vida (MEV) para a efetividade do tratamento, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de sal, gordura saturada, cafeína, refrigerantes, frituras, farinhas, aumentar o consumo de frutas e verduras, etc.)

2-Oriento sobre atividade física regular e estabelecer metas de controle de peso.

3-Hidroclorotiazida (25 mg) ½ comprimido ao dia, pela manhã após o café.

4-Sinvastatina (20mg) 1 comprimido às 21 hs por 3 meses.

5-Encaminhamento para Cardiologista e Nutricionista.

6-Retorno para o dia 10/04/2017.

3ª Consulta (10/04/2017): Triagem: Peso: 88,5 kg.

Altura: 172 cm.

PA: 130/80 mmHg.

IMC: 30,5.

Temperatura axilar:36,4°C

O paciente refere que já foi avaliado pelo Cardiologista, e o mesmo realizou outros tipos de exames, dentre eles um Ecocardiograma, onde atestou hipertrofia ventricular esquerda com disfunção sistólica grau I, receitou um tratamento com Captopril (25mg) 1comp 12/12 horas, Hidroclorotiazida (12,5mg) 1 comp ao dia, além de manter o controle do peso e da PA. Recomenda-se seguimento cardiológico, agendada consulta para o dia (24/12/2017). A Nutricionista instituiu o plano alimentar e agendou o retorno para o dia 21/05/2017. O paciente perdeu 3,5 kg de peso, refere cefaleia e tonturas em ocasiões, toma seus remédios de forma regular e faz exercícios três vezes na semana.

Conduta: 1- Captopril (25 mg) 1 comprimido 12/12 hs.

2- Hidroclorotiazida (12,5mg) 1comp ao dia.

3- Manter o resto do tratamento.

4-Agendada consulta de retorno para Cardiologista no dia (24/12/2017) e retorno com Nutricionista no dia (21/05/2017)

5- Agendo consulta médica para 30/05/2017.

No dia 28/04/2017 Realizou Visita Domiciliar para montagem do Genograma Familiar. (Vide em Outros Anexos).

No dia 21/05/2017 retorna com a Nutricionista e lhe refere que está fazendo exercícios três vezes na semana e seguindo as orientações de dieta. Já perdeu seis kg de peso.

Triagem: Peso: 86 kg.

Altura: 172 cm.

IMC: 29,6.

PA: 120/80 mmhg.

4ª Consulta (30/05/2017): Triagem: Peso: 85,5 kg.

Altura: 172 cm.

PA: 120/80 mmHg.

IMC: 29,4.

Refere sentir-se bem, faz dieta e exercícios três vezes na semana e toma os remédios de forma regular. Já perdeu seis kg e meio de peso e mantém o controle da PA.

Conduta:

- 1- Manutenção das MEV.
- 2- Controle de peso.
- 3- Manter igual tratamento.
- 4- Indico exames: Colesterol Total, Triglicérides, Glicemia de jejum e sumário da urina.
- 5- Retorno a consulta: Dia 15/05/2017 com resultados de exames

5ª Consulta: (15/06/2017): Triagem: Peso: 84 Kg.

Altura: 172 cm.

PA: 110/80 mmhg.

IMC: 28,9.

Sem queixas.

Resultados de exames:

- 1-Glicemia de jejum: 92 mg/dl
- 2-Colesterol Total: 226 mg/dl. (Elevado)
- 3-Triglicérides: 130 mg/dl
- 4-Sumário da urina: Sem alterações.

O paciente ainda tem colesterol um pouco elevado pelo qual continua com o tratamento indicado.

Conduta:

- 1- Manter igual tratamento.
- 2- Manutenção das MEV.
- 3- Manter seguimento nas consultas programadas.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS (ATIVIDADE 3)

ESF “BOA VISTA”. SANTA CRUZ DO ARARÍ.

O município de Santa Cruz do Arari, pertencente ao Estado de Pará, localiza-se as margens do Lago Arari, possui 1.075 Km² de superfície com uma distância de aproximadamente 120 km da capital (Belém). O clima equatorial e úmido faz parte do território que apresenta amplitude térmica mínima, temperatura média em torno de 27°C, mínima superior a 18°C e máxima de 36°C, umidade elevada e alta pluviosidade nos seis primeiros meses do ano (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO/PNUD,2004). A referência nessas características geográficas anteriormente mencionados é compulsória pela grande importância que tem na saúde da população. Há quase um ano e meio exerce atividade profissional na ESF de Boa Vista buscando dar uma atenção de qualidade e a maior resolutividade aos problemas identificados. Enfatizou-se sobretudo à atenção ao pré-natal e as consultas de puericultura, sem olvidar os demais protocolos da Atenção Básica de Saúde fundamentada nos atributos de acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação dos cuidados, assim como na observância as diretrizes de universalidade e equidade. Sendo a APS a porta de entrada do SUS, se faz necessário prestar cuidados de excelência a partir do planejamento adequado atentando para a programação com alcance no total da área de abrangência, sempre priorizando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação.

Na ESF sob pesquisa garantiu-se os espaços para a superação e capacitação dos profissionais de saúde, avaliando sempre o grau de aprendizagem e conhecimentos sobre os temas de relevância na comunidade. Todas as ações realizadas em conjunto com a equipe da unidade incluem atividades de promoção e prevenção assim como educação de saúde.

Com a puericultura:

Nesse contexto desenvolvem-se ações de promoção à saúde e prevenção de doenças ou agravos destinadas as crianças residentes na área de abrangência, através das consultas de puericultura, com os enfoques:

- 1-Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado com alimentação da família, até os dois anos de vida.
- 2-Garantir a aplicação das vacinas do esquema básico de imunização
- 3-Realizar vigilância do crescimento e desenvolvimento.
- 4-Monitorar a saúde das crianças residentes na área de abrangência, em especial daquelas que apresentam fatores de risco ao nascer ou evolutivo.
- 5-Detectar e encaminhar para tratamento precoce as crianças que apresentarem desvios do crescimento e do desenvolvimento, patologias ou agravos que venham a incidir nesta faixa etária, através de consultas, de rotina ou eventuais.
- 6-Buscar ativamente puérperas e recém-nascidos de risco e crianças em situação de vulnerabilidade.
- 7-Realizar visitas domiciliares a puérperas e crianças como está estabelecido pelo Ministério de Saúde.
- 8-Orientar sobre métodos contraceptivos.

Com o pré-natal:

- 1-Importância do planejamento familiar.
- 2-Importância do pré-natal.
- 3-A importância de manter relações sexuais protegidas durante o período de gravidez.
- 4- Orientação higienodietética.
- 5-Desenvolvimento da gestação.
- 6-Modificações corporais e emocionais.
- 7-Orientações sobre sinais e sintomas do parto.
- 8-Informações acerca dos benefícios legais que a mãe tem direito.
- 9-Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério.
- 10-Importância da participação do pai durante a gestação.
- 11-Importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança.
- 12-Aleitamento materno.
- 13-Seguimento e controle de doenças da gravidez como: o diabetes *mellitus* gestacional e a hipertensão arterial.

O diabetes *mellitus* gestacional (DMG) é tido como um estado de intolerância à glicose, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez na gravidez. Essa enfermidade se apresenta como um grande problema pessoal e de

Saúde Pública, visto que grande parte de suas complicações podem levar a óbitos maternos e perinatais. (LAUN IC et al., 2000.)

Segundo a American Diabetes Association, a prevalência do DMG pode variar de 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada e dos testes diagnósticos empregados. O Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional (EBDG) concluído em 1997, revelou que a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 25 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012.)

Nestes casos são importantes o controle dos fatores de risco:

- Idade superior a 25 anos
- Histórico familiar de diabetes
- Diabetes gestacional anterior
- Bebês de gestações anteriores que nasceram com mais de 4 kg
- Gestações anteriores com bebê natimorto inexplicável
- Tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada (níveis de açúcar no sangue altos, mas não o suficiente para ser diabetes)
- Aumento do líquido amniótico (uma condição chamada de polidrâmnio)
- Excesso de peso antes da gravidez
- Ganho excessivo de peso na gravidez
- Raças negra, hispânica, indígena ou asiática.

Prevenção:

Não há garantias quando se trata de prevenir o diabetes gestacional – porém é conveniente adotar hábitos saudáveis durante a gestação para tentar prevenir o problema, mormente quando a paciente está inserida no grupo de risco:

- Opção para alimentos ricos em fibras e pobres em gordura calorias, ingestão de mais frutas, legumes e grãos integrais.
- Exercício antes e durante a gravidez pode ajudar a proteger contra o desenvolvimento de diabetes gestacional. Realizar 30 minutos de atividade moderada na maioria dos dias da semana.
- Perder os quilos em excesso antes da gravidez.

Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é uma patologia que acomete as gestantes, em geral, na segunda metade da gestação e, mais frequentemente, no seu terceiro trimestre (REZENDE, 1998)

As síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes na gestação e constituem, no Brasil, a primeira causa de morte materna, principalmente quando se instalam nas formas graves como a eclampsia (CUNHA; DUARTE, 1998).

A cura para a DHEG é o parto. Por essa razão, se o parto não é aconselhado devido à imaturidade fetal, os esforços são dirigidos no sentido de controlar os sintomas, a fim de melhorar a condição materna e fetal até que o parto possa ser realizado (ZIEGEL; CRANLEY, 1985). Os objetivos terapêuticos no tratamento da DHEG são finalizar a gestação com o mínimo de trauma materno-fetal, promover o desenvolvimento normal da criança, restaurar a saúde materna, diminuir a irritabilidade do sistema nervoso central, controlar a pressão sanguínea e promover a diurese (KNOBEL, 1998).

Com a DHEG:

1. Repouso em decúbito lateral esquerdo (DLE)
2. Dieta hipossódica. Comer frutas, verduras, saladas, etc.
3. Diminuir estresse.
4. Controlar a pressão sanguínea.
5. Promover a diurese.
6. Controlar o bem-estar fetal.
7. Auxiliar na dor.
8. Aliviar náuseas e vômitos.
9. Reduz edema.

4. VISITA DOMICILIAR (ATIVIDADE 4)

Com a criação do SUS, a integralidade surge como um dos principais pilares na construção da Atenção Primária à Saúde, uma vez que se fundamenta na articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, além da abordagem integral dos indivíduos e familiares (OMIZZOLO,2008). O princípio da integralidade a ser aplicado na visita domiciliar é um desafio do Programa Saúde da Família. Desenvolve-se, desde então, uma reflexão sobre a integralidade que identifica três grandes conjuntos de sentidos usualmente empregados, os quais remetem a: uma nova atitude por parte dos profissionais de saúde; uma crítica à dissociação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais; uma recusa em objetivar e recortar os sujeitos sobre os quais as ações incidem (MATTOS; PINHEIRO ,2001). Tais premissas implicam, acima de tudo, uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, bem como a afirmação de uma abertura ao diálogo de modo a promover:

"um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção" (MATTOS, 2004).

O Programa Saúde da Família também denominado Estratégia Saúde da Família, vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do Sistema Único de Saúde, favorecendo a equidade e universalidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. Entretanto, não se pode admitir, tomando como base apenas a expansão, que dimensões de qualidade, tais como: integralidade das ações, humanização e satisfação das demandas dos usuários, encontram-se plenamente contempladas na referida estratégia.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início, no Brasil, em junho de 1991 sendo, portanto, precursor do PSF. Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes do PSF compostas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, tendo sido o Estado do Ceará o primeiro a implantar o PSF e o PACS. Torna-se assim, estratégico avaliar, neste estágio, o componente visita domiciliar, cujo significado se amplia passando a ser concebida como parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, no qual se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais, perpassadas pelo olhar da integralidade. (SAVASSI; DIAS,2008).

O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde (SAKATA et al.2007), sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado

pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. (GIACOMOZZI; LACERDA,2006).

VISITA DOMICILIAR *in loco*

Tendo em consideração o planejamento e as prioridades da população, realizou-se visita domiciliar numa fazenda localizada em área rural afastada (área ribeirinha com uma distância aproximada de 12 km da sede municipal), de nome Vila Santa Rita, local que apresenta dificuldade na acessibilidade pelas características geográficas e climatológicas. Foram tomadas todas as medidas de segurança da viagem e assegurado o equipamento médico logístico para oferecer atendimento de qualidade naquele local. A viagem foi efetuada de voadeira pela margem do rio Arari, o qual apresentou-se muito caudaloso e com maresia tranquila. Na chegada, a equipe foi recepcionada pelo o filho da paciente LSP para quem objetivou-se a visita.

Paciente alvo:

A senhora LSP, 58 anos, casada com o senhor RPP de 64 anos, apresentando hemiplegia esquerda em decorrência de um Acidente Vascular Cerebral há um ano, Hipertensão Arterial crônica, sob tratamento com Enalapril (20mg) 1 comprimido de 12/12 horas, Hidrocorotiazida (25mg) 1 comprimido ao dia e Aspirina (AAS 100mg) 1 comprimido no almoço. Tiveram 4 filhos. A paciente mora com o marido e três filhos, tendo o mais idoso deles, assumido a função de cuidador.

Impressão da paciente sobre a sua situação de saúde:

Observou-se que a paciente permanece o tempo todo deitada na rede, ainda com controle dos esfíncteres, mostra-se tranquila e fala muito bem dos conhecimentos sobre a sua doença. Comprova-se o apoio que tem da sua família. Inexiste atenção fisioterápica nesse lugar,

Queixas do momento:

Relata que nesses últimos dias sentiu muita coceira na pele, bebe muita água e notou um aumento em quantidade e frequência ao urinar.

No exame físico:

PA:120/80 mmHg Temperatura axilar: 36°C

Estado geral conservado com perda da movimentação total do lado esquerdo do corpo. Lado direito hígido. Mantem-se alerta no tempo e no espaço, com mucosas normocoradas; na pele apresenta lesão do tipo escoriação por coçadura. Cuidador:

Destaca-se o papel do filho que assumiu os cuidados. Torna-se fundamental a presença do cuidador inclusive por ocasião das visitas domiciliares, fornecendo informações detalhas sobre a real situação do estado de saúde da paciente e recebendo as orientações adequadas. Diante de identificação da necessidade da atenção de outros profissionais, como a Psicóloga, Nutricionista e Assistente Social, as demandas serão encaminhadas para próxima visita.

Situação de saúde e de vida:

Núcleo familiar constituído de pessoas de pequeno poder aquisitivo exteriorizando condições de vida desfavorável. Moram em uma casinha de madeira, constituída de uma sala de reduzida dimensão, dois quartos, uma cozinha, o banheiro comum tipo latrina fica fora da casa apresentando más condições higiênicas. Não há fonte de água, o que obriga os moradores a construírem rampa objetivando armazenar água para consumo (água contaminada e poluída). Dedicam-se a criação de animais (principalmente gado) e pesca artesanal que é fonte de sua alimentação. Não recebem ajuda do tipo política ou religiosa.

Plano de ação:

Depois de todas as observações *in loco* e do relato da paciente, se fez imperioso dialogar com os familiares e a mesma sobre a necessidade de seu traslado na embarcação da equipe de saúde para a sede do município a fim de realizar estudo clínico e exames laboratoriais. A paciente entendeu e acatou as justificativas e orientações e ao chegar em Santa Cruz do Arari ficou internada para melhores cuidados e tratamento.

É conveniente registrar a identificação de certo constrangimento na realização das primeiras visitas domiciliares, tanto por parte dos familiares como pela própria paciente. Sobre a ocorrência, a disciplina psicologia médica tem abordado essa problemática visto que alguns profissionais apresentam enorme ansiedade por terem de enfrentar desafios ao chegar à casa de um estranho, e nem sempre o ACS está pronto para mobilizar sua capacidade de empatia, o que equivale, nesse contexto, a ter capacidade de entender e acolher a angústia por que passa cada uma das famílias visitadas. (TAKAHASHI; OLIVEIRA,2008)

A visita domiciliar, nesta perspectiva, pode ser considerada como um momento singular do exercício da comunicação médico-paciente, com implicações no modo como médicos, com o apoio de outros profissionais, desenvolvem o processo de comunicação com as famílias. Cabe mediar para que ocorra um rico diálogo no qual se permita aflorar a subjetividade dos participantes, para alcançar os objetivos e melhorias nos cuidados propostos (LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007).

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA (ATIVIDADE 5)

O perlustrar no Brasil tem sido um momento muito importante em minha vida. Eu aportei em Brasília no mês de agosto de 2016, e em seguida desembarquei no município de Santa Cruz do Arari, pertencente ao Estado do Pará, onde dei início ao trabalho como médico na atenção primária de saúde, desde outubro do mesmo ano até a presente data. No começo foi um pouco difícil para mim, sendo aqueles primeiros dias o tempo de adaptação, influenciado por vários fatores como: território geográfico, vernáculo, o clima, cultura, religião, acessibilidade da população de abrangência, até o enfrentamento de um sistema de saúde diferente, mas tudo superado na busca de ajudar as pessoas que verdadeiramente têm a necessidade de um sistema de saúde único, como é hoje em dia, o SUS.

Tive a oportunidade de ser acolhido numa ESF muito bem preparada, onde o trabalho se faz ininterrupto e de forma organizada, apesar de todas as dificuldades operacionais enfrentadas para alcançar nosso objetivo.

Em realidade, trata-se de um município muito carente, onde existe a vontade de brindar a população com uma atenção de qualidade, porém as condições estruturais e de recursos humanos são óbices consideráveis. Embora diante desse contexto o esforço diuturno é realizado para garantir a satisfação de necessidades da comunidade. O maior obstáculo para a adesão dos pacientes e familiares às atividades de prevenção e promoção de saúde, tem a ver com algumas crenças religiosas e, em outras situações, aquelas em que as comunidades mais distantes da sede municipal apresentam graves problemas no deslocamento até a unidade de saúde e somente se beneficiam das visitas domiciliares, que em algumas ocasiões também são prejudicadas em sua programação. O trabalho profissional é desenvolvido de forma dinâmica e com atualização dos protocolos e diretrizes sob ajuda da secretaria de saúde, a qual informa e retroalimenta a equipe sobre a situação atual de saúde da população.

O aprimoramento dos profissionais de saúde requer uma capacitação continuada para que essa coorte esteja preparada para atender aquelas situações mais emergenciais que muitas vezes custam a vida de uma pessoa, assim como para aprimorar a qualidade no atendimento, desde o acolhimento até o acompanhamento contínuo, destacando sempre que o acolhimento é um momento essencial para a criação de um clima agradável na inserção dessa população na ESF.

O curso de especialização em saúde da família se constitui em ferramenta muito importante para o profissional médico, visto que através dele ocorre a ampliação do conhecimento e aprendizagem, indo além com o ganho de habilidades, competências e atitudes incorporadas. Contempla, também, a oportunidade de apreciar e valorizar a historicidade do processo de formação do sistema único de saúde no Brasil, e até compara-lo com sistemas de saúde antigos permitindo refletir sobre a realidade dos avanços irreversíveis alcançados nos últimos anos para benefício da população mais carente e na importância da equidade e universalidade enquanto itens principais para o desenvolvimento da saúde das comunidades. Por outro lado, o estudo dos casos clínicos complexos permitiu adquirir conhecimentos relevantes para o amadurecimento e desempenho como médico, no trabalho do dia a dia, atualizando a prática profissional e aplicando os protocolos implantados pelo Ministério da Saúde no Brasil.

A aplicação dos conhecimentos da saúde baseada em evidências, permitiu usufruir de um melhor espaço de raciocínio médico no qual vivencia-se uma realidade na qual agir frente aos diferentes problemas de saúde individual e coletiva, são fundamentais considerando que a resolutividade é a essência para os benefícios dos pacientes.

Destaca-se, ainda, a consolidação das informações veiculadas pelo curso de especialização e apreciação de outras realidades, produto do relacionamento com profissionais nos fóruns de discussões, comparando as experiências individuais.

A experiência envolvente, pela primeira vez, da Educação a Distância revestiu-se como um fato de alta magnitude e transcendência, motivo de exteriorizar os agradecimentos a todas pessoas e tutores que contribuíram para o ganho profissional incomensurável, que permite afirmar estar melhor preparado para enfrentar os problemas de saúde da população.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL: base de dados.

Disponível em: www.undp.org.br. Acesso em 14.01.2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico 5ª edição ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

COOPER, Richard; ROTIMI, Charles. **Hypertension in blacks**. American Journal of Hypertension, v.10, p. 804-812, 1997.

CORNELISSEN, Véronique; FAGARD, Robert. **Effect of resistance training on resting bloodpressure: a meta-analysis of randomized controlled trials**. Journal of Hypertension, v. 23, p.251-259. 2005.

CUNHA, Sergio Pereira da; DUARTE, Geraldo. **Gestação de Alto Risco**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1998.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; Lacerda Maria Ribeiro. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família**. Texto & Contexto Enferm; 15(4):645-53. Brasil: Ministério da Saúde, 2006.

HOLMAN, Halsted; LOGRIG, Kate. **Patients as partners in managing chronic disease**. Editorial. British Medical Journal (BMJ) 2000; 320:526:527. Acesso Em: 13 jan.2015.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998. p.1316-31.

LAUN, Ingeborg Cristina et al. Diabetes mellitus e gravidez. In: Vilar L, Castelar E, Moura E, Leal E, Machado AC, Teixeira L, et al. **Endocrinologia clínica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2000. p. 593-606.

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001. p. 39-64.

MATTOS, Ruben Araújo. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad Saúde Pública 2004; 20:1411-6.

OMIZZOLO, Jaqueline Aparecida Erig. **O princípio da integralidade na visita domiciliar. Um desafio do Programa Saúde da Família**. <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFRO518.pdf> (acessado em 02/Abr/2008).

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; DIAS, Marcelo de Freitas. **Visita domiciliar. Grupos de estudo em saúde da família**. <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm> (acesso em 02/Abr/2008).

SAKATA, Karen Namie et al. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares**. Rev Bras Enferm 2007; 6:659-6.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, Fev., p. 1-48, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 95, n. 1, supl. 1, São Paulo, 2013.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. http://idssaude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp (acessado em 15/Abr/2008).

ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca. **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

ANEXO A- PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

PROJETO DE INTERVENÇÃO

HIPERTENSÃO ARTERIAL: controle e prevenção das complicações no âmbito da equipe da unidade básica de saúde da família de Boa Vista, Santa Cruz do Arari, Pará.

Oscar Melian Ginarte

Santa Cruz do Arari - Pará

2017

Oscar Melian Ginarte

Hipertensão Arterial: controle e prevenção das complicações no âmbito da equipe da unidade básica de saúde da família de Boa Vista, Santa Cruz do Arari, Pará.

Projeto de intervenção do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UMA-SUS.

Orientador: *Luís Farias de Lima Neto*

Santa Cruz do Arari - Pará

2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um motivo de preocupação para profissionais da saúde e dos pacientes, pois pode acarretar uma série de complicações, como infarto agudo do miocárdio, acidentes cerebrovasculares, insuficiência renal, encefalopatia hipertensiva, provocando limitações funcionais, perda da independência e comprometimento da qualidade de vida desta população e até a morte. Estudos tornam-se necessários a fim de buscar meios mais efetivos para minimizar sua incidência. O objetivo deste estudo é diminuir os casos de HAS em nossa comunidade de forma geral e especificamente aumentar o nível de conhecimento da população sobre essa doença, e elaborar estratégias para a redução e prevenção das principais complicações na população na ESF de “Boa Vista”. Neste trabalho está envolvido um grupo de pacientes hipertensos, a equipe de saúde e líderes comunitários. A equipe teve uma reunião com todo o pessoal a participar no projeto, desde o início, para explicar o desenvolvimento do projeto de intervenção e com as parcerias institucionais. A Intervenção educativa é composta por palestras educativas individuais e coletivas sobre: exercícios físicos e sua importância; consequências da obesidade; dislipidemia; tabagismo e alcoolismo; conceito de hipertensão arterial, principais sintomas, complicações e tratamento; todos suportados com técnicas participativas. Com este trabalho, espera-se melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS e elevar o nível de conhecimentos que tem a população sobre a doença.

Palavras chave: HAS. Prevenção. Prevalência. Estratificação de risco.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. JUSTIFICATIVA.....	5
3. OBJETIVOS.....	6
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	6
5. METODOLOGIA.....	11
6. CRONOGRAMA.....	13
7. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	14
7.1 RECURSOS HUMANOS.....	14
7.2 RECURSOS MATERIAS.....	14
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	15
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
10. APÊNDICE A.....	19
11. APÊNDICE B.....	22

1. INTRODUÇÃO

A pressão arterial é a força com a qual o coração bombeia o sangue através dos vasos. É determinada pelo volume de sangue que sai do coração e a resistência que ele encontra para circular no corpo. Ela pode ser modificada pela variação do volume de sangue ou viscosidade (espessura) do sangue, da frequência cardíaca (batimentos cardíacos por minuto) e da elasticidade dos vasos. A Hipertensão Arterial Sistêmica é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações da pressão arterial, obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde, depois de uma triagem inicial, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Uma em cada três pessoas no mundo sofre de hipertensão arterial (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A Hipertensão Arterial Sistêmica é um importante problema de saúde no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25 % das mortes por doença arterial coronariana. A principal causa de morte em todas as regiões é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção (COOPER; ROTIMI, 1997).

Entre as pessoas idosas a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50 % a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator determinante de morbidade e mortalidade quando não adequadamente controlada (CORNELISSEN; FAGARD, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o dado alarmante, já que a doença é responsável por mais da metade dos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e de ataques cardíacos (HOLMAN; LOGRIG, 2000). Segundo o estudo conduzido, em alguns países africanos, como o Níger, mais da metade da população sofre de hipertensão. No Canadá e nos Estados Unidos, a taxa de hipertensos é de 20%. A esperança de vida mais longa da população mundial é uma das causas do aumento de casos de doenças crônicas. Para além da longevidade da população, o tabagismo e a obesidade também são apontados como uma das causas para o aumento da hipertensão no mundo. (CORNELISSEN; FAGARD, 2005).

A América é o continente mais afetado com 26% da população adulta acima do peso ideal. No sudeste asiático, ela é de apenas 3%, mas em todas as regiões do planeta

a proporção de obesos aumentou nos últimos anos. As mulheres, em geral, são as mais atingidas, revela a OMS. No Brasil, os dados mais recentes são da pesquisa Vigitel, realizada por telefone nas 26 capitais e no Distrito Federal. Segundo esse levantamento, 22,7% dos adultos do país têm hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

O aumento dos níveis pressóricos é comum no dia a dia, inclusive em membros das equipes de atenção primária, evento que merece atenção de modo a evitar condutas inadequadas na abordagem terapêutica. A elevada detecção da HAS na comunidade adscrita ensejou o projeto de intervenção direcionado à prevenção do agravo.

Este trabalho tem como objetivo diminuir os casos de HAS na comunidade de forma geral e especificamente aumentar o nível de conhecimento da população sobre essa doença e sequelas.

2.JUSTIFICATIVA

Fez-se a opção pela temática em epígrafe, pois existe marcante detecção de Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto de saúde local e, por certo, promoverá melhor compreensão e divulgação pelos pacientes e seus familiares.

A partir dos estudos epidemiológicos efetivados na segunda metade do século em diante, hipertensão arterial (HTA) é reconhecida como um dos principais fatores de risco (FR) para doença cardiovascular e aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por causa de sua alta prevalência e a capacidade de medir os seus efeitos, pode-se considerar que 35% do risco de manifestações cardiovasculares da aterosclerose é atribuível à hipertensão, predispõe à Doença Isquêmica do Coração (DIC), Acidente Vascular Cerebral, a Insuficiência Cardíaca (IC) e Doença Arterial Periférica (DAP). Outras pesquisas mostraram a relação da hipertensão com hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, baixo HDL-colesterol, obesidade, diabetes, o que fez esses fatores intimamente associados considera-la como entidade nosológica metabólica (COOPER; ROTIMI,1997).

Por conseguinte é importante diminuir a incidência e mudar os estilos de vida, devido à tendência crescente do aumento dos fatores de risco desta doença oferecendo uma melhor qualidade de vida e como preveni-la. Na vigência da hipertensão, como deve manter-se o paciente compensado, cumprindo o tratamento e modificando o modo e estilo de vida.

3.OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar estratégias para reduzir os casos de Hipertensão Arterial e prevenir as principais complicações na população do Posto de Saúde de Boa Vista.

3.2 Específicos

- Elevar o nível de conhecimento da população sobre Hipertensão Arterial Sistêmica
- Qualificar o estilo de vida da população para prevenir a HAS, mediante alimentação saudável e prática de atividade física.
- Incentivar a redução do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco.
- Incentivar a população obesa para obter a diminuição do peso.
- Realizar o rastreamento adequado para um diagnóstico oportuno da HAS.

4.REVISÃO DE LITERATURA

Características do Município

O município de Santa Cruz do Arari, localiza-se na sétima região de saúde do Estado de Pará, na ilha Marajó, criado em 1961. Possui uma área de 1.074,85 Km².

O território representa 0,09% do estado e 0,03% da região norte e 0,01% de todo o território brasileiro.

Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,63 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).

Estratégia Saúde da Família

Segundo Cardoso e Borges (2005), o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido compreendido, pelo governo federal, como uma política pública de atenção primária à saúde sendo o primeiro contato da população com o serviço de saúde e uma estratégia para reorientação do mesmo, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e organizando-o numa rede articulada com os outros níveis de atenção.

A ESF teve início na década de 90, sendo inspirada em experiências de outros países (Cuba, Inglaterra e Canadá), nos quais houve interessantes aumentos de qualidade na saúde pública, com investimento na promoção da saúde. Sua implantação foi precedida, em 1991, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, a partir de 1994 começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (BRASIL,2010).

Os fundamentos da Estratégia Saúde da Família são a inserção num território específico, além do espaço geofísico, mas também espaço da cultura, das relações, trabalho local com a população, com estabelecimento de vínculos, produção de acolhimento e responsabilização, aproximam o profissional e suas ferramentas de ação ao âmbito da micro-política dos processos de trabalho, nos seus fazeres cotidianos, nas suas relações, seja com outros profissionais seja com a comunidade. Portanto, trabalhar em consonância com a proposta da ESF requer uma inversão da lógica do cuidado, menos técnico e mais relacional, tanto entre equipe-usuário como entre equipe-equipe (BORGES, 2002).

De acordo com Ogata et al (2009), a equipe de ESF deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde, estabelecendo vínculo com a comunidade. Nesta estratégia, a família passa a ser o foco do atendimento, levando-se em consideração suas necessidades, suas condições sociais e o meio onde está inserida, para que a equipe possa planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade.

Hipertensão Arterial Sistêmica

HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg, em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2015).

Segundo a mesma instituição, a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração).

De acordo com Silva *et al.*, (2009), o crescimento da população de idosos em números absolutos e relativos é um fenômeno mundial e cresce sem precedentes. Em 1950 eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e em 1998 esse número alcançou 579 milhões de pessoas, um crescimento de mais de oito milhões de idosos por ano. Sendo assim, as projeções indicam que em 2050 serão mais de 1.900 milhões de idosos.

Para Scochi et al (2006), a crescente importância das doenças do aparelho circulatório no perfil epidemiológico da população brasileira, a partir da década de 1960, tem conduzido à proposição de documentos oficiais visando subsidiar a programação e implementação de atividades sistemáticas, com a finalidade de melhorar a saúde

cardiovascular dos indivíduos. Nesse sentido, evidencia-se o controle da HAS como importante condição para se evitar ocorrência dos agravos dessa natureza.

Estilo de vida

O estado de saúde de um indivíduo pode ser influenciado pelo meio em que vive, por suas relações sociais, bem como por suas condições socioeconômico e culturais, sendo precisamente indicada por sinais fisiológicos, entre eles a pressão arterial (MAURICIO, 2005).

Comumente, a família se constitui como a primeira fonte de 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 e de consultas para avaliação do estado de saúde. Logo, concorda-se que a família deva estar envolvida intimamente no cuidado que favoreça a adesão do portador de HAS ao tratamento. Os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de maneira adequada às suas próprias possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vive (SENA et al, 2007).

Para o controle da HAS, é indicada a adoção de um estilo de vida saudável e frequentemente associado ao uso de medicamentos anti-hipertensivos. No entanto, poucas pessoas hipertensas são aderentes e aquelas que aderem, o fazem durante algum tempo, e muito delas de forma inadequada. De modo geral, os idosos hipertensos não conseguem seguir estas condutas de controle, e, sobretudo, adotar um estilo de vida saudável, em decorrência da manutenção de hábitos antigos, déficit de conhecimento e do cuidado de familiares. Este fato é preocupante em detrimento do iminente envelhecimento populacional, em que ascende a prevalência desse agravo (SILVA et al, 2009)

A ação educativa em saúde deve ser um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação de grupos em busca da melhoria das condições de saúde e, nesse processo, a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também adotar ou não novos comportamentos. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde ou evitar doenças, e sim realizar a

educação em saúde estimulando o diálogo, a indagação, a reflexão, o questionamento e a ação (PACHECO et al, 2007).

A abordagem multiprofissional no tratamento da Hipertensão

Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, a abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que assistem hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Mendes (2002), a equipe multiprofissional da ESF exige uma abordagem conjunta e integrada, quer seja do médico, do enfermeiro ou do cirurgião dentista, tornando-se imperativo que esses profissionais desenvolvam ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, onde cada profissional realiza a sua avaliação, mas, também, uma avaliação interdisciplinar, onde deverão ser traçadas conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores de HAS.

De acordo com Braga (2006), nos protocolos de atendimento aos usuários da atenção básica preconizados pelo MS observa-se frequentemente a importância da abordagem multiprofissional.

Nesta perspectiva, entende-se que o atendimento realizado de forma organizada, humanizada e individualizada, além das ações em grupo, promove a valorização dos pacientes, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. Contribui ainda, para a adesão ao tratamento - que representa um dos principais obstáculos - obtendo resultados satisfatórios com as propostas terapêuticas, melhorando a qualidade de vida dos hipertensos.

5.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, em uma área da zona rural do município de Santa Cruz do Arari, Pará, na Unidade Básica de Saúde de Boa Vista, iniciando no período de dezembro de 2016, com o objetivo de elaborar estratégias para a redução dos casos de Hipertensão Arterial na população de Boa Vista, Santa Cruz do Arari, Pará, além de um programa educacional para orientar a população sobre a importância de modificar estilos de vida.

Fazem parte do projeto 80 pacientes hipertensos que residem na área da UBS Boa Vista e, com uma amostra (n=40) que representa 50% do universo. Neste trabalho está envolvido o grupo de pacientes hipertensos, a equipe de saúde e líderes comunitários. A equipe teve uma reunião com todos os partícipes no início do projeto para explicar o desenvolvimento do projeto de intervenção extensivo às parcerias institucionais.

A Intervenção educativa está constituída de palestras e técnicas participativas individuais e coletivas sobre conceito de hipertensão arterial, principais sintomas, complicações e tratamento, exercícios físicos e sua importância; complicações da obesidade, dislipidemia, tabagismo e alcoolismo. Estabeleceu-se parcerias com outros profissionais do setor saúde, como: Nutricionista, Assistente Social, Agente Comunitário de Saúde e Psicólogo para o apoio do trabalho de promoção e prevenção de saúde utilizando os meios audiovisuais e técnicas demonstrativas para tornar mais dinâmico e interessante a temática, além de apoio de um Educador Físico. Tornou-se necessário a elaboração de um questionário inicial sobre o registro dos dados e informações pessoais e para avaliar o nível de conhecimento dos participantes, com retorno aprazado para nova atividade após 4 meses para avaliar os conhecimentos finais.

A distribuição da carga horária ficou estabelecida para encontro com os pacientes com duração de 1 hora e 30 minutos por mês, e 1 hora para discussão e avaliação pela equipe envolvida na coordenação do encontro finalizando com o planejamento para o próximo evento mensal, definindo papel e atribuições para cada um dos participantes. As palestras distribuídas em diferentes cenários centrados na escola e Unidade Básica de Saúde, com os seguintes temas:

1-Conceito de HAS e quadro clínico;

2-Fatores de risco da HAS;

3-HAS e suas complicações;

4-Tratamento preventivo e farmacológico. Alimentação saudável.

5-Prática de exercícios físicos mediante aula teórico-demonstrativa.

Critérios de inclusão:

- Pacientes maiores de 15 anos.
- Paciente que desejam participar.
- Pacientes de risco de HAS.
-

Critérios de exclusão:

- Pacientes menores de 15 anos.
- Pacientes com doenças mentais.

6.CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

TABELA 1-CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.

ATIVIDADES	DEZ 2016	JAN 2017	FEV 2017	MAÇ 2017	ABR 2017	MAI 2017	JUN 2017
Apresentação do trabalho para equipe da UBS Boa Vista.	X						
Organizar material necessário para o trabalho.	X						
Organizar critérios de inclusão e exclusão.		X					
Entrega dos convites aos pacientes pelos ACS.		X					
Atividade de desenvolvimento.		X	X	X	X	X	
Execução do Plano de Intervenção			X	X	X	X	
Análise dos resultados							X
Avaliação do trabalho.							X

Fonte: Protocolo de pesquisa.

7.RECURSOS NECESSÁRIOS

7.1 Recursos humanos:

1-Profissionais Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, ACS; e os pacientes com os quais vai ser realizado o trabalho.

7.2 Recursos Materiais:

- 1- Sala para realização de trabalhos de grupos.
- 2- Computadores, impressora e cartuchos de tinta colorida e preta.
- 3 - Formulários para requisição de exames laboratoriais.
- 4- Caneta e resma de papel A4.
- 5- Pasta para arquivo do planejamento das atividades e guarda de questionários;
- 6- Boletins de atendimento coletivo.
- 7- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.
- 8- Balança de pesar adulto.
- 9- Esfigmomanômetro.
- 10- Fita métrica para aferir circunferência abdominal.

8.RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS, visto que este trabalho objetiva elevar o nível de conhecimento que dispõe, no momento, a população sobre essa doença.
- 2- Mudar o estilo de vida a fim de evitar o acometimento de complicações.
- 3-Envolver mais o pessoal do setor saúde para garantia de uma população saudável.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BORGES, Celiane Camargo. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2002. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=432319&indexSearch=ID>>. Acesso em 23 de jun de 2011.

BRAGA, E. E. **Reflexão da Ação Multiprofissional no Hiperdia Saúde Bucal, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acao_multiprofissional_hiperdia_eduardo_braga.pdf>. Acesso em 14 de jun de 2011.

BRASIL, MS. Secretaria Executiva/Departamento de Informática do SUS – Datasus.

BRASIL, MS. Revista Brasileira de Hipertensão. Brasília. Journal of Hypertension (2010).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CARDOSO, C.C; BORGES, C.C; **A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres**, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822005000200005&script=sci_arttext>. Acesso em 03 de Jun de 2011.

COOPER, Richard; ROTIMI, Charles. **Hypertension in blacks**. American Journal of Hypertension, v.10, p. 804-812, 1997.

CORNELISSEN, Véronique; FAGARD, Robert. **Effect of resistance training on resting bloodpressure: a meta-analysis of randomized controlled trials**. Journal of Hypertension, v. 23, p.251-259. 2005.

HOLMAN, Halsted; LOGRIG, Kate. **Patients as partners in managing chronic disease**. Editorial. British Medical Journal (BMJ) 2000; 320:526:527. Acesso Em: 13 jan.2015. MAURICIO, T. F et al. **Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores**. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>>. Acesso em 06 de mar de 2011.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. São Paulo: Mimeo, 2002.37 p.j

OGATA, M. N et al. **Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários**. 2009. Disponível em <www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf>. Acesso em 03 de jun de 2011.

PACHECO, W. N. S et al. **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007>. Acesso em 08 de jul de 2011.

SCOCHI, M. J et al. **Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil**, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001700015&lang=pt&lng=pt>. Acesso em 06 de fev de 2011.

SENA, V. L et al. **O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento**, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 06 de mar de 2011.

SILVA, M. P et al. **Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde**, 2009. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/5.htm>>. Acesso em 06 de mar de 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp. Acesso em: 15 jan.2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, Fev., p. 1-48, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 95, n. 1, supl. 1, São Paulo, 2013.

APÊNDICE A- PRIMEIRO FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS (PRIMEIRO ENCONTRO)**1. IDENTIFICAÇÃO**

Data da entrevista: ___/___/___

Gênero: MASCULINO FEMININO**1. Faixa etária** 40 a 49 anos 50 a 59 anos > De 60 anos**2. DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS****2.1. QUAL O SEU ESTADO CIVIL?** Solteiro(a) Casado(a) Separado(a)/Divorciado(a) Viúvo(a)**2.2. QUANTOS ANOS O SR(A) ESTUDOU?** Nenhum 1 a 4 anos 5 a 8 anos 9 anos ou mais**3. SAÚDE E ESTILO DE VIDA****3.1. O (a) Sr (a) fuma ou já fumou?** Fumante Ex-fumante há 6 meses Ex-fumante há mais de 6 meses Nunca fumou**3.2. Costuma tomar bebidas alcoólicas?** Diariamente 1 a 2 vezes/semana 3 a 6 vezes/semana Nunca bebe Eventualmente**3.3. Sua pressão arterial está controlada?** Sim Não

3.4. Faz atividade física regular?

Sim Não

3.5. Faz alguma dieta ou toma algum cuidado com a alimentação? (Pode marcar 1 ou mais alternativas.)

Se sim qual? Não

Dieta Hipocalórica;

Restrição de sal;

Restrição de açúcar;

Restrição gorduras;

4. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

4.1. Faz controle pressórico?

Sim

Não

4.2. Freqüenta o posto de saúde para saber como está sua saúde?

Sim

Não

4.3. Quando foi sua última consulta médica?

Há 6 meses

De 6 meses a 1 ano

Há mais de 1 ano

4.4. Quando foi ao dentista pela última vez?

Há 6 meses

De 6 meses a 2 anos

Há mais de 2 anos

Nunca foi ao dentista

APÊNDICE B- SEGUNDO FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS (SEGUNDO ENCONTRO)**1. IDENTIFICAÇÃO**

Data da entrevista: ___/___/___

Gênero: MASCULINO FEMININO**2. SAÚDE E ESTILO DE VIDA****2.1. Como está seu hábito de fumar?**

- Continua a mesma coisa
- Aumentou a frequência
- Diminuiu a frequência
- Parou de fumar

2.2. Está fazendo controle pressórico?

- Sim
- Não

2.3. Continua tomando bebidas alcoólicas?

- Sim
- Não bebe

2.4. Está realizando atividades físicas?

- Sim
- Não

2.5. Está fazendo alguma dieta com a alimentação? (Pode marcar 1 ou mais alternativas.)

- Dieta Hipocalórica;
- Restrição de sal;
- Restrição de açúcar;
- Restrição gorduras;
- Não tem cuidado com alimentação

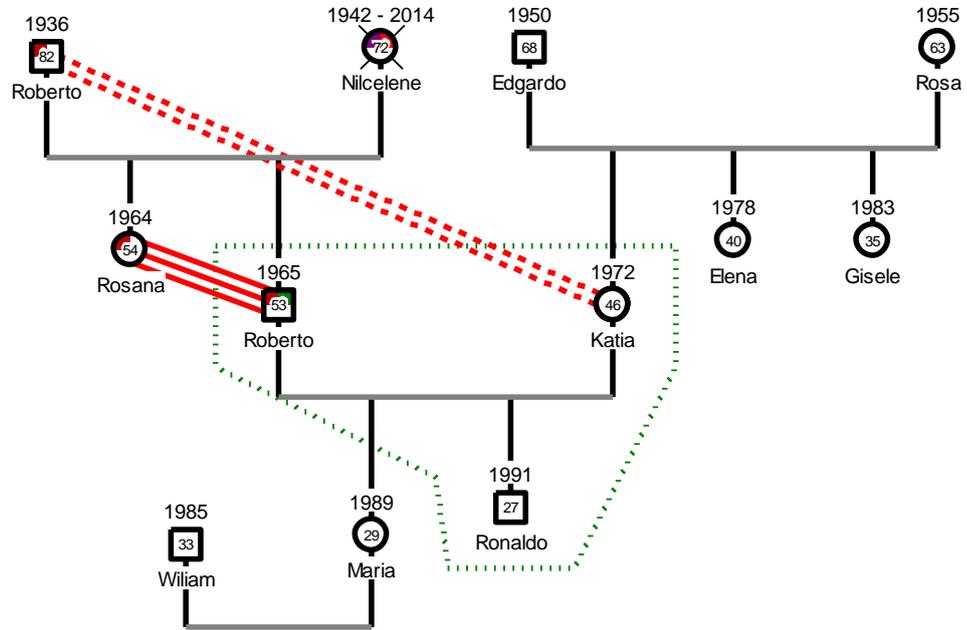
3. ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE**3.1. Tem frequentado mais o posto de saúde?**

- Sim
- Não

3.2. Está indo ao dentista?

- Sim
- Não

OUTROS ANEXOS- Genograma. (Atividade 2. Caso clínico)



Fonte: Genopro 2016.