

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

YANET SANJURJO PROENZA

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ATRAVÉS DE
MEDIDAS EDUCATIVAS PARA USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DE BELA VISTA**

Segredo

2018

YANET SANJURJO PROENZA

**PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ATRAVÉS DE
MEDIDAS EDUCATIVAS PARA USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DE BELA VISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre

Orientador: Prof. Patrícia Maria Barros Thomas

SEGREDO

2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	09
4	VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	12
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
6	REFERÊNCIAS.....	20
7	ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	23

1. INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Meu nome é Yanet Sanjurjo Proenza, tenho 35 anos de idade, sou natural da província Holguín, Cuba, moro e trabalho como médica na província de Sancti Spiritus, comecei meus estudos universitários na Universidade Faustino Perez Hernandez de Sancti Spiritus, Cuba, onde me graduei em medicina em Agosto de 2006, trabalhei num posto de saúde onde me mantive por 2 anos. No ano 2008 fui a Venezuela em missão internacional retornando no ano 2011, quando comecei a especialização em medicina geral integral que concluí no ano de 2012, trabalhando no consultório médico da família.

No dia 19 de Julho de 2016 chego ao Brasil, e começo a trabalhar na ESF Bela vista no município Segredo no Rio Grande do Sul, a mesma está estruturada com recepção, e ao lado farmácia básica, sala de vacinas, sala de triagem e procedimentos de enfermagem, consultório médico e odontológico, sala de esterilização, não havendo sala de reuniões, as mesmas são feitas num local adaptado, há também banheiro para funcionários e outro para pacientes, e uma cozinha pequena.

Nosso posto atende a comunidade da Bela vista com um aproximado de 1772 habitantes, esta composta por a vila bela vista e outros distritos (Cerro Queimado, Linha Bonita, Linha Fischborn, Linha Pasa, Linha Camargo, Três Vendas, Caravágio, Figueira e Morro Chato). A principal atividade econômica e agrícola é a plantações de tabaco. Os principais problemas de saúde da população são as doenças crônicas como HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), DM (Diabete Mellitus) entre outras como: depressão e infecções respiratórias.

Nossoa equipe de saúde está composta por uma Enfermeira, dois Técnicos de enfermagem, uma Dentista e uma Técnica de saúde bucal, 5 Agentes Comunitários de Saúde e uma médica. Em nossa área contamos com uma escola de ensino fundamental estadual e uma municipal, três igrejas de diferentes religiões, um restaurante pequeno, dois salões comunitários para realizações de práticas esportivas e festivas, um posto de gasolina e duas padarias.

O título do meu projeto de intervenção é: Ações educativas para o controle da Hipertensão Arterial na ESF Bela Vista Segredo.RS

Durante o tempo estudado temos comprovado nas consultas e as visitas domiciliares que o maior problema de saúde que está afetando nossa população é a alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial, comprovando que a maioria dos pacientes desconheciam ser portadores da doença. Tudo isso nos fez pensar que era a oportunidade para fazer um estudo e desenvolver atividades educativas com a equipe e com o apoio da comunidade e das instituições para educar a população quanto aos hábitos alimentares, o não uso do tabaco, álcool e outras drogas, evitar o sedentarismo, enfim, como melhorar os estilos de vida dos usuários de nossas comunidades, e assim melhorar sua saúde evitando uma das doenças crônicas mas frequentes em nosso meio, como é a Hipertensão Arterial.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

Nome: A.G.P Sexo: masculino Idade: 45 anos

Endereço: bela vista interior, Segredo. Naturalidade: Rio Grande do Sol. Brasil

Escolaridade: ensino médio terminado.

Profissão: agricultor. Estado civil: casado.

Condições socioeconômicas: mora com esposa e 2 filhos, casa de madeira e piso de cimento, com 3 quartos, 1 banheiro, cozinha, sala de estar, água de aqueduto. Alimentação: refere que comem muita massa e poucas verduras e vegetais.

Hábitos tóxicos: nega tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas.

Queixa principal: renovar receita de captopril.

1ª consulta médica: paciente que refere faz 1 ano aproximadamente foi diagnosticado com HTA (hipertensão arterial sistêmica) e foi indicado captopril(25mg) 1 comp. ao dia uso contínuo, orientações sobre a dieta e assistir a consultas de acompanhamento, mas o paciente relata que ele não gosta de vir ao médico e não gosta de tomar remédio e que toma ele quando se lembra ou quando sente-se ruim, refere em ocasiões dor de cabeça na testa e na região da cervical,(se realiza interrogatório profundo sobre as características da dor de cabeça, hora de início, duração, alívio, piora, outros sintomas acompanhantes, etc.), refere que no dia de hoje veio ao posto porque sentia-se muito ruim na labora e já não tinha remédios da pressão, nesta ocasião refere o mesmo dor de cabeça, refere que já tinha tomado café da manhã e logo foi para labora, após um tempinho trabalhando começou a ficar mal e refere que não toma remédio da PA.

Antecedentes patológicos pessoais: HTA faz 1 ano.

Antecedentes patológicos familiares: mãe: HTA pai: sano irmãos: sanos.

Exame físico: pele e mucosas: úmidas e ligeiramente hipocoradas.
Temperatura: 36,4 graus c Sistema respiratório: tórax sem alterações, murmúlo vesicular normal, não se auscultam estertores, Fr: 20 irpm. Sistema cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, não auscultam-se sopros cardíacos, Fc:85bmp, PA: 160\100 mmHg. Sistema digestivo: boca, língua e orofaringe sem alterações, Abdome: não se observam circulação colateral, não cicatrizes ou outras alterações, não doloroso a palpação, não se palpam massas tumoral, percussão normal e ruídos hidroaéreos presentes e normal. SOMA: extremidades superiores e inferiores sem alterações, simétricas, com boa movimentação e flexibilidade, pulsos presentes e sem alterações, não edema e sem presença de vasos dilatados. Sistema nervoso central: paciente consciente orientado em tempo espaço e pessoa, não alterações meníngeas. Medidas antropométricas: peso:78 kg altura: 1,72cm IMC: 26,7(sobrepeso) Impressão diagnóstica: hipertensão arterial descompensada (justificado abandono de tratamento, mal hábitos alimentares, não pratica de esportes físicos entre outros fatores.)

Conduta: se orienta o paciente sobre a importância de realizar o tratamento médico como está indicado, captopril (25mg) 1comp ao dia de manhã sempre, que não pode esquecer nunca, se brinda orientações sobre a dieta e a pratica de esportes físicos (como as caminhadas); se indicam exames médicos (hematologia completa, glicose de jejum, perfil lipídico colesterol triglicérides, creatinina, exame da urina e cultura, dosagem de potássio, exame ECG raio x de tórax e ultrassom abdominal, fundo de olho, entre outros. Marcamos consulta médica após a realização dos exames para nova avaliação, planejamos visita domiciliar com o equipe de saúde, incorporamos o paciente em grupo de pessoas com HTA, onde recebem avaliação dos especialistas de nossa área, psicóloga, nutricionista, oftalmologista, odontóloga, professor de educação física, e outros, além que realizam atividades em conjunto.

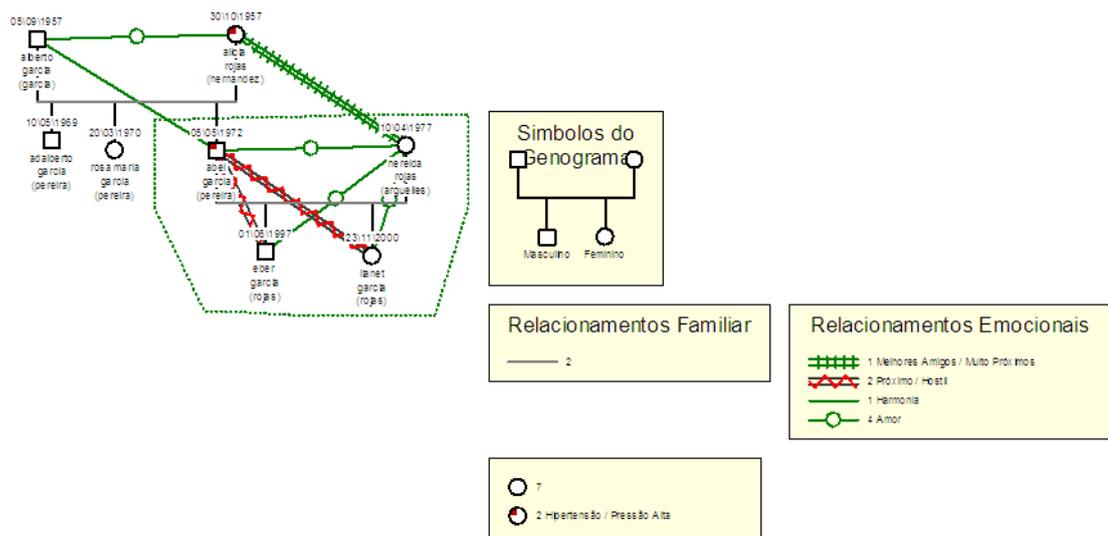
A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial PA (PA maior ou igual 140\90 mmHg). Associa-se, frequentemente, as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos) e as alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (Sociedade brasileira de cardiologia,2016)

O cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento e manutenção dos níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. , CAB 37 -2014

Um dos desafios para as equipes de atenção básica e iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Brasil,2010, CAB 37 -2014.

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares, como obesidade e dislipidemia. Este tratamento envolve mudança no estilo de vida que acompanham o paciente por toda sua vida. CAB 37-2014.

GENOGRAMA:



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

PREVENÇÃO: O termo Prevenção está relacionado a medidas tomadas antes do surgimento ou agravamento de uma condição mórbida ou de um conjunto dessas (LEFEVRE, 2004). Portanto, prevenir também significa agir para que a doença manifeste-se de forma mais branda no indivíduo ou no ambiente coletivo.

O movimento da medicina preventiva surgiu, entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá, em um contexto de crítica à medicina curativa. Este movimento propôs uma mudança da prática médica através de reforma no ensino médico, buscando a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltou a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças; introduziu a epidemiologia dos fatores de risco, privilegiando a estatística como critério científico de causalidade (CZERESNIA, 2003, p.04).

PROMOÇÃO DA SAÚDE: De modo geral, a Promoção da Saúde é vista como o conjunto de ações cujo objetivo é tratar as doenças: avaliações médicas preventivas, consultas, exames, ou ainda, há quem pense em programas de vacinação ou mutirões de profissionais da 'saúde/doença' na expectativa de promover saúde. Segundo Lefevre, "Promoção da Saúde representa uma possibilidade concreta de ruptura de paradigma no campo da saúde" (2007, p.31).

É importante observar que a primeira definição de saúde é "bom estado do indivíduo, cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal" (Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0.18, 2004). Ou seja, o caminho para Promover a Saúde não é ir ao médico fazer um check-up. Este tipo de comportamento contribui apenas para lotar a agenda de atendimento dos médicos. O que um médico pode fazer efetivamente é detectar/diagnosticar a doença já existente, ou seja, se não existe doença não há o que diagnosticar. As medidas para a promoção da saúde, em nível

de prevenção primário, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (ANS, 2009, p.18).

De acordo com o último levantamento realizado pelo Ministro de Saúde quase um quarto da população adulta do Brasil apresenta hipertensão arterial, alguns não fazem o tratamento e outros não sabem que apresentam a doença.

A hipertensão é uma doença que não tem cura, mas pode ser controlada para impedir complicações, por isso é importante fazer a medição regularmente. Indivíduos com diagnóstico de hipertensão devem medir a pressão arterial pelo menos uma vez ao mês, com consulta ao médico a cada seis meses para checar a medicação.

O tratamento envolve não apenas o uso de drogas anti-hipertensivas, mas também a adoção de um novo estilo de vida, com atividades físicas e dieta equilibrada. A adesão ao tratamento e a adoção de hábitos saudáveis são considerados os melhores remédios para o hipertenso.

PREVENÇÃO: Uma vida saudável é a melhor prevenção. O que vale para o hipertenso vale para quem quer se prevenir. Como 90% dos casos de hipertensão ocorre devido a excessos alimentares, sedentarismo e obesidade, o quanto antes você adotar uma vida saudável melhor.

Isso inclui:

- Dieta equilibrada com redução de gorduras e sal e açúcar
- Redução de peso corporal e manutenção do peso ideal
- Redução do consumo de álcool
- Adoção de novos hábitos de vida
- Eliminar o cigarro
- Maior consumo de frutas e vegetais
- Prática regular de exercícios físicos, pelo menos 30 minutos diários
- Eliminar a obesidade
- Mais atenção ao lazer para prevenir o estresse

É muito importante entender que quem sofre de hipertensão arterial irá conviver com isso a vida toda. Por isso, terá que fazer o controle regular da pressão. A boa notícia é que 90% das pessoas hipertensas apresentam um quadro leve e fácil de controlar. Mantenha uma rotina de consultas e siga as orientações do seu médico, usando os medicamentos corretamente. Lembre-se: é você quem controla a sua pressão arterial. E a sua qualidade de vida também.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

O objeto “atenção domiciliar”, diz respeito apenas a uma parte das práticas de cuidado domiciliar, particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares (MEHRY; FEUERWERKER, 2008).

Segundo relatos históricos, os cuidados em saúde realizados no domicílio já são descritos no Egito Antigo e também na Grécia (em relatos de Asképios e Hipócrates) (BENJAMIM, 1993). Na Europa, no final do século XVIII, antes do surgimento dos hospitais e dos ambulatorios, já se praticava a atenção no domicílio como modalidade de cuidado (SILVA et al., 2005) Com o advento da medicina científica, no século XIX, iniciou-se o processo de transformação do sujeito em paciente, tendo o hospital como o local que contribuía para a neutralização das perturbações externas, de modo que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico, no abismo que se instaurava entre eles. Assim, um dos destinos da manifestação do sofrimento, a partir do século XIX, foi o hospital, que surgiu como espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão (BRANT; MINAYO, 2004).

Segundo Silva et al. (2010), os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Visita Domiciliar (VD) há muito vem sendo realizada como uma atividade de assistência à saúde e sua evolução histórica está muito ligada à evolução da saúde pública. A VD trabalha não só com o indivíduo em sua forma singular, mas também a sua família, o seu contexto familiar e social, prestando uma assistência sistematizada, com objetivos definidos, que busca acompanhar os usuários, além de possibilitar a resolutividade de demandas existentes (CANHESTRO et al., 2005). A VD é uma prática desenvolvida pelas equipes de saúde das Estratégias de Saúde da Família - ESF da Atenção Básica de Saúde - ABS, a qual se destina ao acompanhamento

longitudinal em nível domiciliar dos processos de saúde-doença dos indivíduos adscritos nas ESFs, como também, a atenção em saúde de demandas e necessidades da comunidade, a partir de: Indicação da Atenção Domiciliar pelos serviços que compõem a rede de atenção; Demanda espontânea e Busca ativa.

Dessa forma, a VD se evidencia como uma importante ferramenta de cuidado aos usuários condicionados a doenças crônicas, principalmente aos casos de limitações importantes de deslocamento e ou dependência. Contudo, ao passo que a população envelhece, há o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, fato acompanhado pela transição demográfica e epidemiológica, vislumbrando o aumento do número de pessoas que possuem necessidades de cuidados continuados e intensivos, gerando por vezes uma sobrecarga aos serviços de saúde e sociedade (MIRANDA et al., 2013). Dentre as morbidades crônicas não transmissíveis, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS),

Frente a isso, Marques e Freitas (2009) pontuam que, o cuidado prestado ao usuário no domicílio deve ser assumido pela equipe de saúde, pela família e pelo próprio usuário, em formato de (co)responsabilização pela própria saúde. Assim, a sobrecarga relacionada à incumbência de cuidar do processo saúde-doença dos usuários, apresenta-se dividida entre os atores envolvidos.

O bem-estar do paciente dependerá da base familiar que o acolhe, pois esta se constitui como fonte de sustento e cuidado. Morar junto é assumir o compromisso de cuidar do familiar doente, sendo muito importante para o tratamento, assim como, para a recuperação de sua saúde. O cuidado em casa não é tarefa fácil, e envolve uma rede de apoio que nem sempre existe, ou a família desconhece (MARQUES; FREITAS, 2009).

No ato da visita muitas dúvidas do usuário são sanadas, muitos atendimentos especiais são efetuados desta forma fortalecendo os pilares da humanização no atendimento, estabelecendo vínculos consistentes entre paciente/família e o serviço de saúde, o que é de fundamental importância para o padrão de

atendimento e a garantia de boa qualidade de vida destes (SOSSAI; PINTO, 2010).

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infraestrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias.

A atenção domiciliar à saúde constitui a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características. Ela é considerada um componente do contínuo dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura. A assistência domiciliar à saúde é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que pode ser também denominada atendimento ou cuidado domiciliar e baseia-se na plena interação do profissional com o paciente, sua família e com o cuidador, quando esse existe. Ela constitui um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio, e pode ser instrumentalizada pela visita ou internação domiciliar.

No posto de saúde onde trabalho as visitas domiciliares são feitas as quartas feiras no horário da tarde, as mesmas são planejadas e programadas, nelas participa o agente comunitário de saúde responsável pela área geográfica, a enfermeira da unidade e também a médica. Priorizamos aqueles pacientes idosos que não conseguem vir a unidade, pacientes acamados, com doenças crônicas, gestantes ou com crianças pequenas, cadeirantes e pacientes com transtornos mentais.

Durante a visita avaliamos a família toda e todos os possíveis fatores de risco que encontram-se presentes na moradia e seu redor, permitindo

detectar fontes de contaminação como: lixões, fontes de água de má qualidade, possíveis acidentes no lar.

No momento estamos acompanhando uma paciente que sofrer de hipertensão arterial, é obesa e por conta da idade, da obesidade e de morar distante da unidade de saúde, não consegue deslocar-se com frequência até a unidade como deveria. A equipe realiza visitas domiciliares de forma coordenada e contínua, valorizando os critérios de inclusão que são: paciente moradora de nossa área de abrangência, a família solicita assistência domiciliar, presença de cuidador durante a visita, condição clínica comprometida e dependência para realização de atividades da vida diária.

Hipertensão arterial

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. Observa-se que alguns instrumentos da prática da APS são importantes para a resolução da maioria das questões suscitadas, como é a realização de visitas domiciliares, em que a equipe de saúde pode avaliar “in loco” a relação entre autocuidado e fatores de risco de cada indivíduo, também a realização de grupos educativos, que permitiriam uma maior orientação à população acerca da doença e de como preveni-la, 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.

Reavaliação:

Todas as semanas em nosso posto de saúde realizam-se reuniões de equipe, se faz análise e discussão de casos em acompanhamento e necessidades bem como a programação das novas visitas domiciliares conforme as necessidades discutidas.

Acompanhamento:

Avaliação do cumprimento do tratamento médico, orientações de exercícios físicos de pequena intensidade como as caminhadas, dieta sem sal e pobre em carboidratos, ingestão de vegetais, uso de temperos naturais nas comidas, consumo abundante de água e outros líquidos que auxiliarão na compensação da doença. Realizar consultas programadas, visitas domiciliares com maior frequência e incentivar a participação do paciente em grupos de apoio, como o grupo de terceira idade ativa.

Responsabilidades:

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizarem visitas com maior frequência a este paciente, insistindo, orientando e incentivando a adesão ao tratamento medicamentoso e o cumprimento das medidas orientadas. A equipe seguir com as consultas agendadas e visitas domiciliares sempre que necessário, realizando capacitações de cuidadores (quando for o caso) quanto a adesão ao tratamento e cuidados gerais do mesmo.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Participar no curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família permitiu-me ampliar meus conhecimentos de medicina e aplicá-los no campo de trabalho, o qual me permite brindar um atendimento de qualidade para todo aquele paciente que acuda ao posto em busca de assistência médica, o curso me ensinou a importância de trabalhar em equipe em busca das melhores opções de tratamento para determinados pacientes segundo sua condição, escolaridade, idade. Os ensinamentos baseados no método centrado na pessoa e na família propiciaram uma reflexão sobre alguns mitos e verdades que dificultam a adesão ao tratamento da HAS. Estes foram fundamentais para a formulação de estratégias mais consistentes, tendo como objetivo a melhoria da saúde da população. Nossa equipe trabalhou na busca de respostas para as falhas no acompanhamento dos hipertensos e houve uma valorização no papel tanto pessoal quanto profissional de cada indivíduo. Percebemos a importância do uso de ferramentas que propiciam a coleta de informações e organização dos dados coletados. Assim, toda a equipe pode participar da formulação de propostas baseadas na realidade local para a promoção da saúde. Enfim, o tratamento da hipertensão é um trabalho em equipe complexo e a existência de um plano de ação, capaz de mudar os hábitos de vida inadequados e a má adesão ao tratamento medicamentoso poderá ajudar no monitoramento das ações de promoção e prevenção da HAS e na avaliação de resultados esperados. Esperamos que a implementação dessas ações possa favorecer a ampliação da adesão ao tratamento da HAS pelos pacientes cadastrados, a partir de um planejamento sistematizado, que valoriza as características da população e as condições existentes nos serviços de saúde oferecidos.

A HAS refere-se a uma doença crônica não transmissível, com alta prevalência na população (RABETTI; FREITAS, 2011). Essa doença apresenta altos índices de morbimortalidade, com importante impacto sobre a qualidade de vida dos acometidos, o que denota a relevância de um diagnóstico precoce (BRASIL, 2013). O diagnóstico e o controle da HAS são fatores indispensáveis para a prevenção e manejo de doenças cardiovasculares graves e lesões em órgãos alvo, como insuficiência

cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (RABETTI; FREITAS, 2011).

Para o diagnóstico da HAS não é necessário o uso de tecnologia sofisticada, sendo de fácil realização na Atenção Básica. O tratamento pauta-se em mudanças nos hábitos de vida e no uso de medicamentos, na maioria dos casos, de baixo custo e oferecidos pela rede pública de saúde (BRASIL, 2013). Ainda assim, a HAS tem baixas taxas de controle entre a população, sendo considerado um dos mais importantes fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares e um dos mais relevantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Durante a realização das consultas médicas e visitas domiciliares e com as discussões com a equipe podemos perceber que as opções de lazer são escassas e que grande parte da população é sedentária, que o estilo de vida dessa população pode ter relação com os fatores socioeconômicos presentes, como o baixo nível socioeconômico e de escolaridade. Muitas famílias não possuem renda fixa e vivem em condições precárias de habitação. A participação em grupos sociais, como os Conselhos de Saúde, grupos da terceira idade, também apresenta pouca expressividade e a realização de atividades sistematizadas que abarquem a educação em saúde. Em relação à distribuição de medicamentos anti-hipertensivos, a farmácia da rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS), não temos tido dificuldades em atender a demanda de medicamentos, essenciais ao controle da HAS.

Foi possível perceber que a alimentação dos pacientes, inúmeras vezes encontrava-se inadequada, com grande consumo de carboidratos, gordura, excesso de sal e pouca quantidade de fibras e vegetais.

Em relação aos aspectos culturais, muitos acreditam que o trabalho já é uma atividade física e relatam que não possuem tempo para fazer caminhadas ou outro esporte, já que o trabalho é extenuante e excessivo. Outros afirmam

que, sem o consumo da banha de porco para preparo dos alimentos não conseguirão obter energia para as atividades rurais. As discussões com a equipe e a observação permitiram identificar que muitos hipertensos desconhecem o significado e as consequências da própria patologia e conseqüentemente não fazem o uso regular das medicações. Outros têm medo do uso excessivo de remédios. Alguns param com as medicações por acharem que estão curados ou por não estarem sintomáticos. Grande parte se esquece de tomar as medicações nos devidos horários ou, devido ao nível de escolaridade fazem confusão com as dosagens, posologias e tipos de remédios.

Durante o curso teve que enfrentar o desafio do idioma e também fue a primeira vez que eu fiz um curso ou trabalho a distância já que estava acostumada e ter professores presentes nas conferencias e atividades avaliativas, tanto na universidade que fui formada como na pós-graduação em medicina geral, ache muito bom este curso, com temas uteis e importantes para nosso trabalho de cada dia, com muita informação atualizada e bibliografia abundante. Os vídeos, as fotografias, os áudios e o acompanhamento do professor tutor, ao igual que o intercâmbio de ideias e discussão de fórum e outras atividades com outros colegas, fue de grande ajuda para o bom desempenho no curso.

6. REFERÊNCIAS

1-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64 p.–c.

2. Brunner, L. S, Suddarth, D. S. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. v.1, unid. 2, cap.6: avaliação da saúde do cliente/ paciente. Exame físico e avaliação nutricional.

3- Borges, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.91, n.2, p.110-18, 2008.

4- Castelli WP. Cholesterol and lipids in the risk of coronary heart disease - the Framingham Heart Study. Can. J Cardiol, 1988;4:(SupplA):5A-10^a

5-Carletti, L., et al. Resposta da Pressão Arterial ao Esforço em Adolescentes: Influencia do Sobrepeso e Obesidade. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.91, n.1, p.25-30, 2008.2011.

6-Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 3.Campos do Jordão,1998.

7-Drulla, A. G.; Alexandre, A. M. C.; Rubel, F. I.; Mazza, V. A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare, v.14, n.4, p.667-674, 2009.

8 -Fritsch. M.etal. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. Grupo Editorial Moreira. RJ 2009

9-Gusl, HarzheimE, Zaslavskyc, MedeiraC,Gusm.prevalence,Awareness,And Control of Systemic arterial Hypertension in the state of rio Grande do Sul.Arq Bras Cardiol 2004.

10-Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal

results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial. *Lancet* 1998; 351: 1755–1762

11-Kuschnir, M.C.C; Mendonça, G.A.S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. *Jornal de Pediatria*, v.83, n. 4, 2007.

12-Lindholm LH, Ibsen H, Dahlof B, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in patients with diabetes in the Losartan Intervention for Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 1004–1010.

13-LESSA, I., et al. Hipertensão arterial na população adulta. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.87, n.6, p.747-59, 2006.

14- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

15- Martins, L. M., França, A. P. D., Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev. Latinoam. Enfermagem*, v. 4, n.3, p.5-18, dez.1998.

16- Mion JR, Décio ; Pierin, Ângela MG ; Bensenor, Isabela M. ; MARIN, Júlio César M. ; COSTA, Karla Ryuko Abe ; .Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. 2010.

17-Pinheiro.P. Hipertensão arterial sistêmica. Causas sintomas e tratamento.

18-Pedersen ME, Cockcroft JR. The vasodilatory beta-blockers. *Curr Hypertens Rep* 2007; 9(4): 269–277

19-Sociedade Brasileira de Cardiologia v Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2007.

.20-SBH. Revista Brasileira de Hipertensão Arterial, revista hipertensão arterial. volume1 .2013...XXI Congresso Brasileiro de Hipertensão arterial 2013.

21-World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.

22-Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J.. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enferm. glob. [revista Internet]*. 2012 ; 11(26): 344-353.

7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

**Ações educativas para o controle da Hipertensão Arterial na
ESF Bela Vista Segredo.**

Dra: Yanet Sanjurjo Proenza

RIO GRANDE DO SUL

Janeiro

2018

SUMÁRIO

1. Resumo.....	3
2. Introdução.....	4
3. Objetivo.....	6
4. Metodologia.....	7
4.1 Cenário da Intervenção.....	7
4.2 Sujeitos da Intervenção.....	7
4.3 Estratégias e ações.....	7
4.4 Avaliação e Monitoramento.....	8
5. Resultados esperados.....	9
6. Cronograma.....	10
7. Referências.....	11
8. Anexo.....	12

1. RESUMO

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações.

Objetivo: Diminuir a incidência da hipertensão arterial na população atendida pela equipe de saúde ESF Bela Vista, Segredo.

Método: Estudo de Intervenção Educativa que será realizado com 20 adultos, que concordarem em participar do estudo de forma voluntária que são atendidos na ESF Bela Vista, com idade igual ou superior a 18 anos, ambos os gêneros, com diagnóstico de HAS. Será utilizado um questionário sobre características sócio-demográficas e clínicas para verificar o conhecimento do paciente sobre a HAS, sintomas, tratamento, complicações e prevenção. Após aplicação será avaliado o nível de conhecimento do paciente sobre a patologia e será realizada orientação sobre prevenção, tratamento, complicações da HAS.

Resultados Esperados: Redução do número de HAS e suas complicações.

Descritores:

Hipertensão, complicação, prevenção.

2.INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em cerca de 36 milhões as mortes anuais por esse grupo de doenças, cujas taxas de mortalidade já são muito mais elevadas nos países de baixa e média renda(1).

O aumento crescente das DCNT - ou como tem sido denominada a "epidemia de DCNT" afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais(1,2).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível, de natureza multifatorial, e, apresenta como sinais e sintomas picos de pressão, tontura, cefaleia, mal estar geral, entre outros(1).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial está associada em 85 % dos casos de Acidente vascular cerebral (AVC) e 40% das pessoas que sofrem infarto agudo do miocárdio, desta forma, tornou-se um desafio para a Saúde Pública(3).

A Hipertensão é uma doença que atinge aproximadamente 30% da população Brasileira, sendo que muitos casos sem tratamento evoluem para doenças cardíacas e para complicações graves como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)(3).

Estudos recentes têm mostrados que a hipertensão arterial sistêmica tem apresentado alta incidência nos adultos jovens, entre 25 e 39 anos, chegando cerca de 11 a 20% dos casos(3,4).

A hipertensão arterial possui natureza multicausal e os seus principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis (como histórico familiar e fatores genéticos) e modificáveis (estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada), entre eles destaca-se atualmente, a obesidade e o excesso de peso.

A hipertensão arterial é uma doença que acomete grande parte da população, e o seu crescimento deve-se a vários fatores de risco que propiciam ao seu aparecimento. Apresentando-se cada vez mais em populações mais jovens, constituindo-se a segunda causa de morte entre a faixa etária de 45-64 anos e a terceira entre 25-44 anos, desta forma, mostra-se cada vez mais necessário estudos no que tange à busca, prevenção, controle e acompanhamento dos casos(5).

Por ser uma doença crônica, inúmeros fatores influem na adesão e continuidade do tratamento. Estudos recentes mostram que a obesidade tem alta prevalência entre os hipertensos, e que muitas vezes o próprio paciente não considera a obesidade como um fator de risco e de acometimento do controle da pressão arterial. Ainda, a falta de informação e orientações quando o diagnóstico da doença aparece como fator importante na dificuldade da adesão ao tratamento e a hábitos de vida mais saudáveis(6,7).

Durante a consulta médica ocorrem situações peculiares, e o fato do paciente assumir a responsabilidade de que já havia deixado de tomar os medicamentos, por exemplo, significa que o paciente está confiando no profissional, que estabeleceu um vínculo de confiança e segurança, e este se sente seguro em relatar suas dificuldades em relação à não aderência ao tratamento medicamentoso. O paciente pode referir que se esqueceu de tomar o medicamento, faltou remédio na farmácia, não dispõe de recursos para a aquisição dos medicamentos que não são fornecidos pela Unidade de

Saúde, não teve apoio da família, não foi bem instruído pelo profissional de saúde sobre o modo de preparo e tomada das medicações nos horários estabelecidos e que não entendeu as instruções recebidas. Situações estas que dificultam o controle dos níveis tensionais dos pacientes hipertensos e que pode levá-los a riscos de complicações(5).

Na avaliação adequada do tratamento são consideradas as características individuais e os fatores de riscos apresentados, agrupando o tratamento em dois grupos: farmacológico e não farmacológico, no tratamento não farmacológico são recomendações principais: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo, diversos estudos atingem

resultados positivos e preventivos ao modificar modos e estilos de vida prejudiciais(5, 6, 8, 9,10).

Diante desta problemática e considerando como um problema de saúde pública, sendo alvo de estudos em nosso meio, a participação da equipe de saúde pública é fundamental em sua atuação junto a esta clientela, emergindo a necessidade de conhecer esta situação.

O área de abrangência é o Posto de Saúde da Família ESF Bela Vista esta situado no município Segredo sul,Rio Grande do Sul, encontra-se localizada na zona rural, com dez integrantes no equipe de saúde. Minha equipe esta composta por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), dois técnico de enfermagem,uma auxiliar sanitária, uma enfermeira e um médico. A área de abrangência da ESF (Estratégia de Saúde da Família) tem uma população de 1772 habitantes cadastrados.

Na elaboração do diagnóstico situacional, da nossa área foram identificados os seguintes problemas: baixa porcentagem de hipertensos controlados, elevada incidência de acidentes vasculares encefálicos, obesidade e sobrepeso, baixa prevalência de Diabetes Mellitus, alcoolismo e tabagismo.

A prevalência para HAS nos referido bairro acima citado, era de 8,3% (SIAB 2015), porém, de acordo com pesquisa ativa no momento, resultou em um aumento para 9,1%, num total de hipertensos correspondendo às prevalências para zonas urbanas, superior à do município, tendo a necessidade de continuar o trabalho de pesquisa já que a prevalência reportada por estudos para o estado de Rio Grande do Sul é 30%(11,12).

Reconhecendo a importância de que a detecção precoce dos fatores de risco para Hipertenso Arterial possa minimizar ou reduzir a oportunidade de exposição das pessoas as esses fatores, pretende-se minimizar esses fatores através de um projeto de intervenção educativa.

3. OBJETIVO

Diminuir a incidência da hipertensão arterial na população atendida pela equipe de saúde ESF Bela vista,Segredo; através de um projeto de intervenção com ações educativas.

3.1 Objetivos Específicos.

3.1.1 Identificar a frequência de Hipertensão Arterial da população adulta atendida na ESF Bela vista,Segredo durante o ano 2017.

3.1.2 Caracterizar o grupo de estudo segundo algumas variáveis biológicas e sociodemográficas.

3.1.3 Identificar os fatores de riscos para hipertensão arterial da população atendida na área de abrangência da equipe.

3.1.4 Desenhar programa de ações educativas dirigidas a prevenir a morbidade da Hipertensão Arterial.

4.MÉTODO

Trata-se de um estudo de Intervenção Educativa que será realizado com pacientes atendidos na ESF Bela Vista.

4.1 Cenário da Intervenção

Este estudo será realizado na ESF Bela Vista-Segredo, no período de janeiro a junho de 2017.

O Posto de Saúde da Família ESF Bela Vista está situado no município de Segredo, na região Sul, encontra-se localizado na zona rural, com dez integrantes no equipe de saúde.

A equipe está composta por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), dois técnico de enfermagem, uma auxiliar sanitária, uma enfermeira e um médico.

A área de abrangência da ESF (Estratégia de Saúde da Família) tem uma população 1772 habitantes cadastrados.

4.2 Sujeitos da Intervenção

A amostra será constituída por 20 adultos, que concordarem em participar do estudo de forma voluntária, após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Como critérios de inclusão serão estudados pacientes com idades igual ou superior a 18 anos, ambos os gêneros, com diagnóstico de HAS, capazes de responder verbalmente ou pela escrita um questionário.

Serão excluídos pacientes com idades inferior a 17 anos, e os que não concordarem em participar do estudo.

4.3 Estratégias e Ações

Será aplicado um questionário com questões sobre características sócio-demográficas e clínicas (Anexo 2).

Será utilizado um questionário para verificar o conhecimento do paciente sobre a HAS, sintomas, tratamento, complicações e prevenção.

A aplicação do questionário será realizado pela própria pesquisadora do estudo após a consulta em ambiente calmo e tranquilo.

Após aplicação dos questionário será realizada orientação sobre HAS sintomas, tratamento, complicações e prevenção.

A intervenção educativa buscará contribuir para diminuir a frequência de hipertensão arterial por causa de múltiplos fatores de risco nos pacientes da UBS tais como, obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, alcoolismo, tudo isso podendo ser produto de hábitos ou estilos de vidas inadequados, baixo nível de informação da população e trabalho inadequado da equipe para enfrentar o problema.

Serão propostas temáticas a serem abordadas em linguagem de fácil acesso a partir de reuniões que terão uma periodicidade quinzenal e tempo de duração aproximado de uma hora.

A seleção desse tipo de estudo é uma forma de promover a saúde e prevenir as complicações de hipertensão arterial.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Após o período de 4 semanas o questionário será aplicado novamente e os dados serão comparados para saber a eficácia da orientação.

Os dados serão tabulados em planilhas de Excel e aplicado os testes estatísticos necessários para compreensão dos dados.

O desenvolvimento do estudo irá respeitar os princípios de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Com este projeto espera-se ampliar o nível de informação da população, contribuindo para diminuir o número de sedentários, sobrepesos, obesos, tabagistas, alcoólatras e pacientes com dislipidemias.

Além disso, espera-se aumentar o grau de satisfação da população quanto à atenção prestada pela equipe e, com isso, diminuir as filas na Unidade Básica de Saúde na sala de acolhimento.

6. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X	X
Aprovação do projeto		X				
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados	X	X				
Discussão e análise dos resultados					X	
Revisão final e digitação					X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

7. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization . Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. BORGES, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.91, n.2, p.110-18, 2008.
4. BRUNNER,L. S, SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990. v.1, unid. 2, cap.6: avaliação da saúde do cliente/ paciente. Exame físico e avaliação nutricional.
5. CARLETTI, L., et al. Resposta da Pressão Arterial ao Esforço em Adolescentes: Influencia do Sobrepeso e Obesidade. Arquivo Brasileiro de Cardiologia,v.91,n.1,p.25-30,2008.2011.
6. CONSENSO Brasileiro de Hipertensão Arterial,3., Campos do Jordão,1998.
7. Gus
I,HarzheimE,Zaslavskyc,MedeiraC,,Gusm.prevalence,Awareness,And

Control of Systemic arterial Hypertension in the state of rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol 2004.

8. KUSCHNIR, M.C.C; MENDONÇA, G.A.S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. Jornal de Pediatria, v.83, n. 4, 2007.

9. LESSA, I., et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.87, n.6, p.747-59, 2006.

10. MARTINS, L. M., França, A. P. D., Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev. Latinoam. Enfermagem, v. 4, n.3, p.5-18, dez.1998.

11. Weschenfelder Magrini D., Gue Martini J.. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2012 ; 11(26): 344-353.

12. MION JR, Décio ; PIERIN, Angela MG ; BENSENOR, Isabela M. ; MARIN, Júlio César M. ; COSTA, Karla Ryuko Abe ; .Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. 2010.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador(a) do RG No. _____, após ter sido esclarecido(a) pela Médica Yanet Sanjurjo Proenza a respeito do projeto de pesquisa, concordo em participar deste estudo. Estou ciente de que não serei identificado em nenhum momento deste estudo, que minhas respostas não influenciarão em nada o meu tratamento e que não corro riscos ao me submeter a este estudo. Ficou claro que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo sobre Ações educativas para o controle da Hipertensão Arterial na ESF Bela Vista e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou qualquer prejuízo ao meu tratamento.

_____ Data: ___/___/___

(Assinatura do paciente ou representante legal)

_____ Data: ___/___/___

(Assinatura da testemunha)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

_____ Data: ___/___/___

