

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
FELIPE SANTOS LIMA

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

ARACAJU – SE

2017

FELIPE SANTOS LIMA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. André Luiz da Silva.

ARACAJU – SE

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
3 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	9
4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	11
5 VISITA DOMICILIAR	13
6 REFLEXÃO CONCLUSIVA	14
BIBLIOGRAFIA	16
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	19
OUTROS ANEXOS	27

1 INTRODUÇÃO

Conclui minha formação acadêmica no curso de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança, em João Pessoa estado da Paraíba em dezembro de 2015. Assumi em janeiro de 2016 meu primeiro emprego como médico em Unidade Hospitalar atuando diretamente na rede de urgência e emergência no estado de Sergipe, no Município de Estância e na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), na capital do estado Sergipe.

Neste mesmo período fui convidado a assumir a função de médico generalista na estratégia Saúde da Família da Unidade João Bezerra localizada na área Peri-urbana de Aracaju denominada Areia Branca. Pouco tempo passei nesta área, na qual desenvolvi meus conhecimentos de trabalho de comunidade adquiridos na universidade, passo importante para minha vida profissional, por entender a grande responsabilidade das ações de atenção primária a saúde, dentro de um território definido, onde o usuário conta com atuação de profissionais de categorias diferentes trabalhando de forma individual e coletiva.

Selecionado para atuar como médico bolsista do Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), teve início em 14 de março de 2016 minha atuação na Unidade de Saúde José Machado de Souza, CNES 0002429, situado a Rua Major Aureliano, 100, Bairro Santos Dumont município de Aracaju Capital do estado de Sergipe.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Aracaju 2014 – 2017, o sistema municipal de saúde de Aracaju dispõe de uma rede serviço de saúde composta por: 57 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) da rede própria de serviços destas 43 são Unidades Básicas de Saúde. A UBS José Machado de Souza, dispõe na assistência de 6 (seis) equipes de saúde da família, 3 (três) equipes de saúde bucal, médico pediatra, farmacêutico, psicólogo e assistentes sociais para suporte das demandas sociais do território.

Na UBS, integro a equipe SESI, composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Desenvolve-se um trabalho de acordo com os conceitos da atenção primária a saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos,

diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Destaca-se a necessidade de reforma da estrutura física e dos equipamentos da referida unidade, onde a mesma deva ter um prédio cuidado esteticamente, e com equipamentos adequados de forma que, o seu padrão de ambiência possa transmitir paz, esperança, segurança e solidariedade social à população assistida.

Por outro lado, identifica-se a existência de funcionários compromissados, que recebem e acolhem bem os usuários, porém, desmotivados no exercício de suas tarefas, gerando constantes greves. Neste ano registrou-se mais de dois meses de paralização das atividades dos agentes comunitários de saúde.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Aracaju 2014 – 2017, possui um território que é bem delimitado, pelo qual se assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vive essa população. São mais de 3.200 pessoas cadastradas uma média de 870 famílias, vivendo em um quadro de pobreza e desigualdade social elevado, baixa escolaridade, alto índices de violência, características que refletem diretamente nas condições de saúde da população. De modo geral, a área apresenta perfis de agravos de doenças, natalidade e de mortalidade semelhantes a inúmeras outras áreas, salvo algumas particularidades advindas de algumas micro áreas que apresentam situações propensas à concentração de casos.

Concernente à percepção dos problemas de saúde da população, residente na área adstrita por programas de saúde trabalhados observa-se: Saúde da Mulher - gravidez não planejada, baixa cobertura do puerpério, câncer de mama e de útero. Saúde Bucal (cárie dentária, doença periodontal e câncer de boca). Elevado número de pessoas hipertensas e diabéticas. Endemias de maior relevância: dengue e chikungunya. Violência em suas diversas formas (mortalidade por causas externas - homicídios e acidentes). Crescimento do uso abusivo de álcool e ou outras drogas gerando violência na população. Mortalidade por doenças de agravos não transmissíveis (hipertensão, diabetes, neoplasias). Índices elevados de pessoas portadoras de transtornos mentais.

Entre as dificuldades apresentadas no processo de trabalho dentro do território, apresenta-se a necessidade de cadastramento das famílias e usuários na área de abrangência da unidade, e conseqüentemente a atualização do sistema e-sus. A

ausência de prontuários eletrônicos para viabilizar a entrada adequada para registro de informações específicas relacionadas aos programas de saúde, tem contribuído para não otimização dos recursos institucionais existentes.

Ressalte-se que atualmente o número de famílias por equipes de saúde da família tem extrapolado o quantitativo máximo de pessoas, a serem atendidas, gerando necessidade de realização de conformação da rede de assistência através da realização de remapeamento.

Dentro de tantas problemáticas presentes e pertinentes na UBS, destaco para a temática hipertensão arterial como tema a ser analisado neste trabalho. Justifica-se pela alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), entre a população residente na comunidade adscrita, trabalhada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) SESI, do bairro Santos Dumont, Aracaju, Sergipe. Na realidade, percebe-se que os usuários fazem o uso da medicação de forma correta, porém, não faz adesão às mudanças de estilo de vida, como por exemplo, não reduzir a quantidade de ingestão de sal, conseqüentemente não efetiva o tratamento adequado da HAS e DIA aumentando os fatores de risco desta doença.

2 TRILHA METODOLÓGICA

2.1 HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

Na atualidade, as Doenças Cardiovasculares (DCV) tem sido considerado a maior causa de mortes no mundo, de acordo com World Health Organization (2011). São responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade no qual poderia ter sido evitado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças vasculares.

No meio das DCVs, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, constituído como um problema de saúde pública em âmbito mundial. Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de

eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Conforme Kohlmann Jr. et al (1999) o diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial. Nesses casos, o médico pode solicitar medidas indiretas de pressão arterial: medida ambulatorial (MAPA) ou residencial (MRPA). Esses dois procedimentos são importantes inclusive para descartar o quadro conhecido como Hipertensão do Avental Branco.

De acordo com Zaitune et al. (2006) o tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com co-morbidades relevantes. A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento. Assim, um grande milênio é a prevenção e o cuidado com pessoas portadoras de doenças cardiovasculares.

Partindo da premissa, que conhecimento é poder, surgem novas formas de abordagem, através do desenvolvimento de atividades educativas regulares, com a finalidade de acompanhar usuários hipertensos e diabéticos, mensalmente, em grupo, realizando ações de educação em saúde, dispensar medicações, aferição de pressão arterial (PA) e Haemogluco teste (HGT), entrega de folhetos informativos e consulta médica para casos que necessitem maior atenção.

Com a organização do processo de trabalho para atender aos usuários hipertensos e diabéticos, onde a informação será o carro chefe da proposta, que objetiva conscientizar a população acerca da doença e suas complicações, esperando-se que, mais pessoa bem orientada decorra no aumento da adesão ao tratamento adequado com a adoção de hábitos saudáveis de vida. A preocupação com um bom controle, em longo prazo da hipertensão tem como consequência maior autonomia do paciente em relação ao acompanhamento da própria saúde.

2.2 Depressão menor

Conforme Porto (1999), depressão é empregada, na língua corrente, para designar tanto um estado afetivo normal (tristeza), quanto um sintoma e uma ou várias doenças. Fleck *et al* (2009), ainda afirma que a depressão é uma condição relativamente comum, de curso crônico e recorrente. Está freqüentemente associada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Os pacientes deprimidos apresentam limitação da sua atividade e bem estar, além de uma maior utilização de serviços de saúde.

De acordo com a Transcranial Magnetic Stimulation, o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser classificado em três grupos;

- 1) Depressão menor: 2 a 4 sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedônia;
- 2) Distímia: 3 ou 4 sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo;
- 3) Depressão maior: 5 ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedônia.

Souza (1999) afirma que o tratamento para a depressão deve ter uma intervenção de uma forma globalizada colocando em questão o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Desta forma, a terapia deve abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica. Quando o paciente apresenta o quadro de depressão menor a psicoterapia deve ser usada como tratamento .

3 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

J.E.P.L, 65 anos, vem a UBS para consulta de rotina. Referiu dores de cabeça constantes e ainda afirma piora durante a tarde, após o almoço. Referiu que não tem controle alimentar e que nunca havia se tratado para nenhuma doença anteriormente. Afirma história familiar de HAS e ter parado de fumar, há 2 anos.

Ao exame inicial apresenta uma PA: 160x100, AC: bulhas cardíacas normofonéticas, ritmadas em 2 tempos, sem sopro, AR: murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Afirma viver sozinho e que sua mulher faleceu de câncer de mama há um ano e meio

Refere ser agricultor e apresentava manchas em sua face e braços, de cor hipocromica e descamativas. Por estar assintomático peço-lhe para realizar a aferição de sua PA durante duas vezes ao dia, por uma semana e remarcar a consulta para verificação da média pressóricas.

Uma semana depois, foi verificado uma PA média de 165x95. Classificando-o em um de estratificação de risco individual do paciente em estágio 1, porém com risco médio para lesão de órgão alvo.

Iniciou-se o tratamento medicamentoso com apenas uma medicação (hidroclorotiazida), incentivos de mudança do estilo de vida (MEV), além e pedir exames de laboratório. Além disto foi prescrito fluconazol 150mg para tratamento da pitíriase versicolor, além destes foi realizado um pedido de radiografia de tórax, devido ao tempo do uso do fumo.

Realizou-se uma nova medição por uma semana e constatou-se uma PA média de 110x80, além das resoluções de suas cefaleias. Na consulta de retorno, após 2 meses, veio com exames laboratoriais, todos sem alteração. Referiu que mudou muito pouco sua alimentação e que às vezes esquecia de utilizar a medicação. Foi reforçado a importância da alimentação além da prática diária de ingestão de água. Também encaminho o paciente para nutricionista para melhor aconselhamento quanto a alimentação. Sua radiografia ainda não tinha sido realizada pois o sus não liberou até o momento.

Com retorno da consulta após seis meses de tratamento, foi constatada uma diminuição do peso do paciente, além de ter total adesão ao tratamento e mudança nos hábitos alimentares com uma dieta hipossódica. Sua radiografia ainda não tinha sido liberada pelo sistema.

Assim, foi retirada progressivamente o medicamento, e contratando uma melhora total dos níveis pressóricos, assim, havendo uma adesão a UBS e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida, sendo acompanhado, por desejo do próprio paciente a cada seis meses. Ainda aguarda a radiografia de tórax ser liberada.

Ainda tiveram algumas tentativas de realização do projeto de intervenção, porém não houve nenhuma sessão devido à greve desde o primeiro dia de atuação dos enfermeiros, com resolução após 9 meses. Além disto, tive que ser transferido de unidade, devido à um assalto que aconteceu no início deste ano, sendo totalmente prejudicial ao trabalho.

4 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

M.Q.S, 26 anos, veio para consulta de rotina referindo apenas desejo de realizar exames de rotina. Relata apenas que tinha uma dor em punho direito que vinha esporadicamente, precisamente apenas quando estava estressada. Durante a consulta percebi um semblante diferente em sua face, então perguntei-lhe se a paciente estava com pensamentos ruins. Imediatamente os olhos se encheram de lágrimas e início um choro contido. Perguntei-lhe sobre os choros, se eram frequentes, e esta respondeu que sim, que nos últimos meses (4 meses) vinha chorando todos os dias sem motivo, com sintomas de labirintada emocional, desejo de fuga, porém não relatou desejos ou idealizações suicidas. Ainda relata que em sua família sua tia e sua mãe já apresentaram os mesmos sintomas, e ambas já realizaram tratamento medicamentoso. Acalmei-a, referi que a mesma estava com depressão e que o tratamento inicialmente seria com psicoterapia e consultas regulares. A paciente então afirmou já ter procurado ajuda com psicólogo, chegando a ir para 3 sessões e abandonando o tratamento por falta de dinheiro.

Encaixando a paciente assim em um quadro depressivo menor, baseado nos critérios do DSM-5, de acordo com Duailibi e Silva, então guiando seu tratamento. Visto a demora do sus em marcar consulta com especialista, além da greve dos médicos de Aracaju, iniciei o tratamento com encaminhamento para psicoterapia e com fluoxetina 20mg, uma vez ao dia. Além disto marquei consultas regulares para saber como estão os efeitos colaterais com o uso da medicação e para renovação da medicação, além de encaminhá-la para o psiquiatra para ajuste de doses. Além disto foi religada a reposição de vitamina D.

Após três semanas, marquei sua data de retorno. Agora afirma que o medicamento no início foi difícil aceitar a tomada, porém como eu a tinha convencido iniciou o tratamento. Infelizmente teve que comprar o medicamento devido à falta de medicamentos no sus e a aquisição deste pelo município de Aracaju, o qual enfrenta grandes dificuldades desde o início do programa.

A paciente já não apresentava mais os pensamentos ruins, e sua irritabilidade, choro fácil tinha sumido, além de voltar a praticar vôlei, esporte que gostava de praticar por lazer.

Após 2 meses desde a primeira consulta retorna para renovação da receita afirmando melhora total dos sintomas e com semblante diferente. Afirmou que sua

vida estava renovada, porém ainda aguarda a marcação de suas consultas.

Após esta consulta aguardou 4 meses até a marcação de sua consulta com o psicólogo e com o psiquiatra, afirmando estabilidade dos sintomas e sem novas remissões. Relatando-me posteriormente, ao chegar para consulta com psiquiatra foi remarcada pelo fato do médico retornou à greve.

5 VISITA DOMICILIAR

As visitas domiciliares eram praticamente semanais na primeira UBS a qual atuei. Nesta, existia apenas as listas de pacientes que estavam sob vigia do ministério público obrigando as visitas. Devido a constatare greve dos profissionais da saúde desde o dia que entrei encontrei diversas dificuldades para realização das mesmas. Além disto, eram raizadas com carro próprio, sendo que a região era de grande risco para mim e para a equipe de saúde.

Mesmo com as dificuldades, fiz visitas mesmo que desacompanhado, pois embora tenha todas as dificuldades, os pacientes não poderiam ficar sem assistência médica devido à pressão da gente do posto além da pressão judicial.

Q.S.F é uma paciente com histórico de esquizofrenia paranoide, além de acumular gatos e cachorros dentro de sua casa, assim tornando pior ainda sua condição judicial por apresentar maus tratos a animais. Inicialmente foi denunciado por não ter assistência correta da família por recusa da paciente, além disto, incomodava os vizinhos colocando avisos e, baixo da porta para que limpassem suas casas devido aos animais que cuidavam e não podiam beber água comum.

Após as denúncias, inclusive da UBS, a paciente foi morar com a mãe, porém não aderiu ao tratamento por estar com medo de os remédios serem veneno para seus animais.

Mensalmente eram feitas tentadas das suas visitas, porém não houve grande acompanhamento devido às greves dos profissionais da saúde, incluindo os agentes comunitários, devido ao não pagamento dos salários dos profissionais. Além disto as dificuldades para atendimento e para realização das visitas eram extremas. Confrontos entre a polícia e os bandidos eram de certa forma constatados, dificultando ainda mais.

No início do ano, devido à transferência de UBS, tive que recomeçar do zero. Agora sim fazendo um mapa dos acamados e adotando estratégias de tratamento para cada um deles. Porém com grandes dificuldades, por ser área rural o carro da prefeitura não alcança algumas áreas, tendo que usar o meu para não deixar os pacientes desassistidos.

6 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante o curso de especialização houveram vários empecilhos. Desde a primeira semana enfrentamos o curso de uma greve a qual se estendeu durante todo o ano de 2016, fim de gestão do antigo prefeito. Então os atendimentos se resumiam a apenas a serem ambulatoriais. O projeto de intervenção não foi realizado, pois necessitava da equipe completa e não houve como realizar devido à greve dos profissionais da saúde. Tive muito pouco incentivo, mas tentei ao máximo dar todas minhas forças para o programa de saúde da família dar certo, este abandonado neste estado e município. Além disto sempre tive que contar com os agentes comunitários de saúde para realizar as visitas, tendo que as vezes realizá-las durante os sábados devido ao tráfico de drogas localizaras na minha primeira unidade a qual atuei antes de ser transferido. Tendo como motivo. Transferência um assalto que foi realizado na unidade a qual atuava, tendo um médico inclusive baleado. Vale ressaltar que não foi o primeiro assalto.

De bom do programa foi a revisão para as principais patologias e incentivo à mudar a forma de construção do prontuário, atualização de protocolos e uma melhor visão do que é como atuar em um projeto de saúde da família, passando a ver km paciente em seu meio como um ser biopsicossocial, inserindo em contextos separados só assim formar um todo.

Aceitei também alunos da UFS - Universidade Federal de Sergipe para ser preceptor dos alunos do internato. Estes juntos comigo formaríamos uma equipe que aplicávamos medicações IM, resolvíamos casos de urgência iniciais na unidade, pois devido à greve nos trabalhávamos quase em regime de guerra, fazendo o possível para atuar de melhor forma para atender o paciente. Assim regularmente atualizava os alunos com os materiais do próprio curso de especialização para atualizar e guiar nossos atendimentos. Criamos um projeto de refazer os prontuários e criar um cartão de hipertenso é um cartão de saúde mental (anexo).

Ainda há muito a ser feito pela unidade, por isso, decidi caso possível, continuar a atuar na UBS, pois com o fim parcial da greve poderia atuar mais na unidade. Por uma coincidência feliz, já tinha atuado na unidade assim que me formei, e minha volta foi bastante benéfica, pois além de conhecer alguns pacientes, já conhecia também a equipe com a qual já trabalhei. Infelizmente ainda continuo sem enfermeira, pois a secretaria municipal de saúde promete o envio de um há mais de um ano. Além disso,

existem 2 equipes de saúdes da família, e a área que atuo é rural. Esta, devido à crise, várias famílias estão indo morar na região, tento mais famílias que o permitido pelo ministério da saúde.

Assim, não houve incentivo para realização de atividades, apenas o trabalho supria a frustração de não ter a equipe completa e tentar fazer o máximo que podíamos não tendo muitas vezes medicações. Tornando assim o ensino frustrante, monótono e fútil, pois o que aprendi não pude aplicar na prática. Muito embora tenhamos enfrentado dificuldades, estamos nos esforçando para dar continuidade ao projeto de saúde da família na íntegra.

BIBLIOGRAFIA

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Revista de saúde pública*, Salvador, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2016

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. Planejamento em saúde. In: _____. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2.ed. 2010. 110p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2778.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2016.

DUALIBI, K.; SILVA, A. S. M. Depressão: critérios do DSM-5 e tratamento. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, v. 40, n. 1, p. 27-32, 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5879>. Acesso em: 01 mar. 2017.

FLECK, M. P. *et al.* Revisão das diretrizes da Associação Médica brasileira para o tratamento da depressão. *Rev. Bras. de Psiquiatria*, v. 31, n. 7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

HALFOUN, V. L. R. C. *et al.* Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de saúde. *Revista de APS*, v. 15, n. 1, p. 14-20, jan./mar. 2012. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1169/586>>. Acesso em 21 nov. 2016.

KOHLMANN JR., O. *et al.* III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 43, n. 4, Ago. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf>>. Acesso em 26 out. 2016.

PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03>>. Acesso em: 29 mai. 2017.

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq Bras Cardiol*, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em 26 out. 2016.

Revista Saúde da Família / Ministério da Saúde – ano1, n.1 Ano 1, número 37, jan./abr. 2014.

SAMPAIO, M. R.; MELO, M. B. O.; WANDERLEY, M. S. A. Estratificação do risco cardiovascular global em pacientes atendidos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de Maceió, Alagoas. *Rev Bras Cardiol*, v. 23, n. 1, p. 51-60, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/boica/Downloads/v23n1a10.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/PMS%20final%2008%20-09%20-%202014%20atualizado.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2017.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Sociedade Brasileira de Hipertensão, Notícias. Disponível em:

<<http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=486>>. Acesso em 18 nov. 2016.

SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. *Rev. Bras. de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500005>. Acesso em: 02 jun. 2017.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em 09 nov. 2016.

TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION. Depressão. Disponível em:
<http://www.transmagnet.med.br/depre_DSM_IV.htm>. Acesso em: 27 mai. 2017.

World Health Organization (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.285-294, fev. 2006. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0425.pdf>>. Acesso em 09 nov. 2016.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

FELIPE SANTOS LIMA

**CAFÉ COM IDEIAS UMA ESTRATEGIA DE INTERVENÇÃO NO CUIDADO DAS
PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES**

**ARACAJU/SE
2016**

FELIPE SANTOS LIMA

**CAFÉ COM IDEIAS UMA ESTRATEGIA DE INTERVENÇÃO NO CUIDADO DAS
PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES**

Proposta do Projeto de Intervenção, para ser desenvolvido como requisito do PROVAB, turma 13.

**ARACAJU/SE
2016**

TEMA:

Café Com Ideias Uma Estratégia De Intervenção No Cuidado Das Pessoas Com Hipertensão E Diabetes

Problema:

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo fator causal de grande demanda por consultas na atenção primária. O problema em questão tem importância, haja vista, elevado número de usuários hipertensos e diabéticos sobrecarregando o atendimento da unidade com as doenças agudas, sem melhoria do quadro.

Justificativa:

O diagnóstico de Hipertensão Arterial (HA), não deve ser considerado após uma simples medida de pressão arterial, exceto em situações de crise hipertensiva, somente medidas sucessivas em consultas subsequentes garantem ao médico, que o indivíduo é portador de HA. Em algumas situações, além das medidas obtidas na consulta, há necessidade de um monitoramento mais frequente e independente do ambiente do consultório. Nesses casos, o médico pode solicitar medidas indiretas de pressão arterial: medida ambulatorial (MAPA) ou residencial (MRPA). Esses dois procedimentos são importantes inclusive para descartar o quadro conhecido como Hipertensão do Avental Branco.

O tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo. No entanto, poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com co-morbidades relevantes. A terapia medicamentosa, apesar de eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e da mortalidade, tem alto custo e pode ter efeitos

colaterais motivando o abandono do tratamento. Zaitune MPA et al. 286 Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):285-294, fev, 2006.

O Brasil vem organizando nos últimos anos ações no sentido da estruturação e operacionalização de um sistema de vigilância específica para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, magnitude e tendências das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção à saúde. Assim, um grande milênio é a prevenção e o cuidado com pessoas portadoras de doenças cardiovasculares.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial (HAS), sistêmica entre a população residente na comunidade adscrita, trabalhada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) SESI, do bairro Santos Dumondt, Aracaju, Sergipe. Na realidade percebe-se que o usuário, faz uso da medicação de forma correta, porém, não faz adesão às mudanças de estilo de vida, não reduzir a quantidade de ingestão de sal, conseqüentemente não efetiva o tratamento adequado da HAS e DIA aumentando os fatores de risco desta doença.

Partindo da premissa, que conhecimento é poder, surgem novas formas de abordagem, através do desenvolvimento de atividades educativas regulares, com a finalidade de acompanhar usuários hipertensos e diabéticos, mensalmente, em grupo, realizando ações de educação em saúde, dispensar medicações, aferição de pressão arterial (PA) e Haemogluco teste (HGT), entrega de folhetos informativos e consulta médica para casos que necessitem maior atenção.

Com a organização do processo de trabalho para atender aos usuários hipertensos e diabéticos, onde a informação será o carro chefe da proposta, que objetiva conscientizar a população acerca da doença e suas complicações, esperando-se que, mais pessoa bem orientada decorra no aumento da adesão ao tratamento adequado com a adoção de hábitos saudáveis de vida. A preocupação com um bom controle, em longo prazo da hipertensão tem como consequência maior autonomia do paciente em relação ao acompanhamento da própria saúde.

Relevância:

A HAS é um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de mortalidade no Brasil e em todo o mundo. É motivo frequente de procura por atendimento médico, sendo fator causal de grande demanda por consultas na atenção

primária. O diagnóstico, o tratamento e o adequado controle da HAS são fatores fundamentais para a redução de suas complicações. Apesar da grande importância do problema, a realidade do processo de trabalho da ESF é de clara deficiência no acompanhamento dos pacientes portadores, além, do âmbito da atenção primária.

Depara-se, com a ausência de serviços de retaguarda para dar resposta a tempo ao paciente com Hipertensão Arterial, que precisa de atendimento secundário, de acordo com os parâmetros definido pelo SUS. A oferta de exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia, são insuficientes para atender a crescente demanda da assistência nas unidades de saúde.

Constatou-se, também deficiência nos serviços de prevenção da saúde, no tocante a ferramenta da educação em saúde, esta, tem por objetivo transmitir aos usuários do sistema de saúde, conteúdos que esclareçam suas dúvidas e forneçam subsídios para o autocuidado, num processo que pode ir da simples transmissão de conceitos até novas formas de organizar o conhecimento.

Dessa forma, o envolvimento dos pacientes portadores de Hipertensão na implementação do seu plano de cuidado é fundamental, e cabe à equipe de saúde motivá-los a desenvolver suas capacidades e explorar seus potenciais em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida, e reduzir riscos eminentes da doença.

Objetivo Geral

Organizar o acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes da área de abrangência na Unidade de Saúde.

Objetivos Específicos:

Promover ações de educação em saúde aos pacientes com hipertensão (HAS) e Diabetes.

Realizar Rodas de Conversas buscando valorizar experiências, permitindo aos participantes a emissão de opiniões e discutam os entraves em relação à adesão ao tratamento, e às dificuldades relativas às mudanças de comportamento com vistas ao controle da doença.

Intensificar o trabalho em equipe de forma a integrar os profissionais possibilitando troca de saberes para apoiar os indivíduos visando a adoção de hábitos saudáveis de vida.

Revisão da literatura - Métodos

No processo de elaboração do Plano de Intervenção, utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos; Faria; Santos (2010, p. 23-31). O PES propõe, a partir de seus fundamentos e método, o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Possibilita, dessa forma, a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010, p. 23-31).

Os serviços de saúde, historicamente, têm-se organizado de forma vertical, centralizada e burocrática. Esta conformação tem contribuído para alienação e descompromisso dos profissionais resultando em crescente insatisfação do usuário. A insuficiência na resposta dos serviços as demandas podem ser evidenciadas pela morosidade, pouca efetividade e baixa qualidade das ações.

Pensar de forma que leve o sistema a buscar respostas mais concretas com ampliação de acesso e humanização das relações, impulsiona a desenhar uma nova proposta de atendimento, aos pacientes que apresentarem diagnóstico clínico de hipertensão arterial elevada e diabetes, grupo este responsável pela alta demanda de consultas na atenção primária da unidade de saúde constituindo-se um problema, haja vista, que não se vislumbra avanços no tratamento.

A intervenção será realizada por meio de um “Café com Ideias” trazendo temáticas para discussão em grupos de pacientes Hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no Hiperdia na ESF. Cada grupo será constituído de 25 indivíduos (n=65), e será desenvolvido mensalmente. mensalmente com os seguintes temas: 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências - Dieta hipossódica; 2) Influência da obesidade - Álcool e Tabagismo; 3) Atividade física; 4) Fatores de risco cardiovasculares; 5) Prevenção e Tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita.

A finalidade da ação/atividade é acompanhar usuários hipertensos e diabéticos, realizar educação em saúde. Os grupos terão atividades sequenciais, como: aferição de pressão arterial (PA) e glicemia capilar (HGT) realizados pela técnica de enfermagem e enfermeira, dinâmica de discussão em grupo com os pacientes realizado pelo médico, entrega de folhetos informativos realizados pelos ACS, consulta médica e entrega de medicação realizada pela enfermeira.

Resultados pretendidos: conscientização da população a cerca da doença e complicações, orientação e controle da PA e HGT, aumento da adesão ao tratamento, bem como viabilizar a adoção de hábitos saudáveis de vida pelos pacientes visando à diminuição da incidência de complicações.

A proposta remete a avaliar número de participante nas atividades de educação e saúde utilizando-se lista de frequência. Monitorar a participação dos pacientes nas atividades da Academia da Cidade, registrar na ficha especifica o valor da medição da pressão arterial e resultado do teste de glicemia capilar. Anotações sobre esclarecimentos de dúvidas quanto à alimentação saudável onde o paciente será estimulado a expressar anseios, dificuldades e facilidades para corrigir praticam de alimentação não saudável.

No terceiro momento serão coletados de forma individual depoimentos em relação às experiências trocadas nos eventos do café com ideias, onde todos os participantes serão submetidos a um questionário avaliativo sobre as principais modificações através destes encontros em grupo.

O cartão de acompanhamento do hipertenso e diabético será mais um o instrumento fundamental para avaliação do quadro.

No último encontro pretende-se apresentar aos participantes os resultados dos encontros realizados. E estimular ao grupo a pensar com autoestima, buscando em si as mudanças necessárias para melhoria na qualidade de vida.

Cronograma

Ação/ produto	Etapas				
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Diagnostico /elaboração da proposta					

Elaboração e confecção de material informativo					
Recrutamento do publico alvo					
Café com Ideia					
Monitoramento e Avaliação					

Bibliografia

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileira de Cardiologia, v.95, s.1: p.1-51, 2010.

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Revista de saúde pública, v. 41, n. 3, p 368-374, 2007.

HALFOUN, V. L. R. D. C.; Mattos, D. D. S., Laurêdo, A. L. B., Selórico, C. F., Ferreira, J. M., & Albuquerque, M. P. S. D. Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de saúde. Revista de APS, 15(1), 2012

Revista Saúde da Família / Ministério da Saúde – ano1, n.1
Ano 1, número 37,jan./abr.2014

Starfild, Barbara - Atenção primaria: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

OUTROS ANEXOS