



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VIDA REPRODUTIVA, DOENÇAS CRÔNICAS E NEOPLASIAS NA APS DA
UBS PIÇARREIRA EM SANTANA - AP

EDSON GOMES FEIJO

NATAL/RN
2021

VIDA REPRODUTIVA, DOENÇAS CRÔNICAS E NEOPLASIAS NA APS DA UBS
PIÇARREIRA EM SANTANA - AP

EDSON GOMES FEIJO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: AILMA DE SOUZA
BARBOSA

NATAL/RN
2021

Agradeço a Deus pelo Dom da Medicina!
A meus pais pelo amor e exemplos (*in memoriam*)!
A minha mulher Carolina pelo amor, companheirismo e apoio.
A todos meus professores, de "ontem" e de hoje, e a profissão mais linda desse mundo, a arte
de ensinar!
A meus pacientes, pela confiança e oportunidade.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A Saúde em seu conceito mais amplo, é a percepção de uma boa qualidade de vida, desse modo, a necessidade de analisar o corpo, a mente e até mesmo o contexto social no qual o indivíduo está inserido para conceituar melhor o estado de saúde. Neste cenário, a Medicina de Família e Comunidade, se apresenta como uma ferramenta de promoção da saúde, visando o cuidado continuado, integral e abrangente com foco no usuário, família e orientação para a comunidade. Na trajetória deste trabalho objetivou-se refletir e compreender sobre três principais demandas do território adscrito da Unidade Básica de Saúde Piçarreira em Santana/AP, e intervir de forma coletiva para encontrar soluções viáveis que pudessem contribuir para melhorar os indicadores de saúde. A primeira intervenção trabalhada foi o Planejamento Familiar a partir dos direitos adquiridos pela Constituição Federal; a segunda temática de extrema relevância foi a Abordagem do Câncer na atenção primária e todo o estigma que o usuário carrega no enfrentamento; por último não menos importante, as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis buscando controle para melhorar a qualidade de vida. Foram intensos momentos de trocas de experiência, de abordagem multidisciplinar, de articulação com outros setores e com a secretaria do município para buscar soluções que pudessem melhorar o cuidado em saúde da população deste território, na perspectiva da integralidade, que mesmo durante esse período de pandemia não deixamos de abordar, visando minimizar o sofrimento já imposto pelo momento.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	08
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	11
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1. INTRODUÇÃO

O município de Santana teve início do agrupamento populacional em Ilha de Santana, localizada à margem do rio Amazonas, em 1753. Os primeiros habitantes eram portugueses e mestiços vindos do Pará, além de índios tucuju, daí muito comum alguém de fora ser recepcionado com o jargão "bem-vindo as terras tucujus". Por ordem de Mendonça Furtado, foi instalado e fundado o povoado de Santana, em homenagem a Santa Ana, município onde atuo e onde tem em sua entrada uma enorme estátua de Santa Ana e sua filha Maria, recepcionando os que aqui chegam. Em 1946, com a descoberta do manganês em Serra do Navio, Santana experimentou um crescimento significativo. No final da década de 1950, foi construída a Estrada de Ferro do Amapá, para transporte do pessoal e escoamento da produção de manganês para o mercado externo. Um cais flutuante foi instalado em frente à Ilha de Santana, incentivando negócios e atraindo população. O distrito de Santana foi elevado à categoria de município em 1987, desmembrando-se de Macapá (IBGE, 2020).

Apresenta 15.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 65% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 6.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada. A população estimada de 123.096 pessoas para o ano de 2020, e considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 43.6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 11 de 16 dentre as cidades do estado e na posição 2295 de 5570 dentre as cidades do Brasil. Na Educação a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 95,9 %. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17.82 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.5 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2020).

A equipe da Estratégia de Saúde da Família a qual faço parte, é composta por uma Enfermeira, uma técnica em Enfermagem, e quatro Agentes comunitárias de Saúde (ACS). São pessoas da comunidade, o único forasteiro sou eu. Minhas colegas, são pessoas nascidas e criadas na cidade, em especial as ACS que convivem na comunidade e conhecem os hábitos da região e interagem muito bem com os residentes locais, sabem passar muito bem um panorama da saúde de sua área de abrangência e isso ajuda muito na abordagem, no reconhecimento de precariedades e desafios e nos conectam com os usuários evitando que sejam desassistidos, pois nossa realidade é de áreas urbanas e ribeirinhas.

A atuação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo a Medicina de Família e Comunidade como diretriz norteadora, demonstra a preocupação de atuar tendo o indivíduo, a família, a comunidade e seu entorno como um conjunto a ser avaliado no cuidado em saúde na perspectiva da integralidade. O contexto real vivenciado, apresenta uma comunidade com características de economia advindos do extrativismo vegetal e pesca. No norte do Brasil, onde o trabalho bate à porta cedo e a escolaridade não avança muito além do básico, visou-se

abordar o Planejamento Familiar, o Câncer na Atenção Primária em Saúde (APS) e as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, por questões que foram discutidas e problematizadas com a equipe e que necessitou buscar estratégias para qualificar o cuidado ofertado pela equipe de saúde.

Numa sociedade onde cultura, lazer, educação são meios de acesso comprometido, as interações sociais pulam etapas e a aproximação de um casal que não planeja sua família é muito comum, a abordagem a esse tema vem dessa percepção e realidade. O grande número de jovens, adolescentes gestantes e não raros casos em sua segunda ou terceira gestação, é cenário frequente, sem apontar aqui motivos ou querer aprovar ou desaprovar quando se deve ter ou não sua prole, o motivo da intervenção é esclarecer que existe meios para planejar uma família e que isso vai além do contraceptivo fornecido na Unidade Básica de Saúde (UBS).

No tocante ao tema Câncer na Atenção Primária, sabemos que o Câncer não distingue classe social, idade e sexo, e quando isso acontece num indivíduo ou família com poucos recursos, mesmo diante da abrangência do Sistema Único de Saúde, garantindo assistência especializada, cabe também às equipes de Atenção Primária em Saúde (APS), acompanharem, facilitarem o acesso e cuidados aos pacientes acometidos.

E como não citar as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, estas pois são as mais prevalentes no nosso meio, inseridas em um contexto de hábitos de vida e envelhecimento, rotina certa de quem atua em Medicina de Família e Comunidade, de forma que fundamental uma abordagem acolhedora, individualizada, pormenorizada e criativa para conferir ao paciente uma experiência diferente do que está acostumado promovendo saúde.

O trabalho na Atenção Básica requer um trabalho em equipe, compromisso e uma efetiva comunicação. Além disso, o acolher, o ouvir, requer carinho, atenção, paciência, boa vontade e profissionalismo para juntos a equipe possa promover mais qualidade de vida, saúde, longevidade com autonomia e independência, ofertando ao usuário do SUS, a condição necessária para que seja respeitado e atendido com universalidade, integralidade e equidade.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO - UMA ABORDAGEM ESCLARECEDORA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS PIÇARREIRA - SANTANA - AP

Considerando a atuação em Atenção Primária em Saúde e com base ao que é definido no "Cadernos de Atenção Básica à Saúde, nº26" (BRASIL,2013), "A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde. Deve ser ofertada observando-se como princípio o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos."

A microintervenção foi iniciada com abordagem ao Planejamento reprodutivo, dada a experiência cotidiana e nessa demanda tão usual e corriqueira, pois a vida reprodutiva diferente de uma doença ou estado de saúde difere de um indivíduo para outro é um fator intrínseco, comum e natural ao ser humano. A garantia de acesso ao planejamento familiar voluntário tem o potencial de ampliar a autonomia das mulheres e, ainda, reduzir em um terço as mortes maternas e em até 20% as mortes infantis.

Entende-se o planejamento reprodutivo como uma questão pessoal, masculino e feminino, não apenas uma responsabilidade da mulher. Para tal a Unidade Básica de Saúde (UBS) com sua equipe tem por objetivo, viabilizar o planejamento reprodutivo de mulheres e homens, potencializar seus conhecimentos, permitir seu acesso aos recursos técnicos e científicos da saúde e respeitar suas escolhas reprodutivas.

Observa-se neste território, na maioria das vezes que à mulher é a encarregada por essa tarefa, nota-se inclusive pouca participação por exemplo da presença do companheiro em uma consulta de pré-natal, então a Atenção Primária em Saúde (APS) precisa quebrar essa ideologia de ser a mulher a única responsável pelo planejamento reprodutivo, salvo algumas belas exceções e exemplo onde o apoio mútuo substituiu a unilateralidade da tomada de decisão reprodutiva.

Em relação ao pré-natal, a conscientização de que é um direito da mãe e da criança para almejar um transcorrer com mínimas possibilidades de complicações para ambos e a certeza do acolhimento, de que há na APS a assistência necessária para o acompanhamento e controle de problemas relacionados a gestação.

Igualmente o puerpério é a fase de entender que esse cuidado e acompanhamento é longitudinal, que ele não cessa com o nascer da criança e que sim a partir de agora inicia-se uma nova fase, de apoio e assistência para uma infância saudável e protegida.

A equipe se reuniu para discutir as dificuldades e comemorar acertos e assim como planejar ações para atingir uma quantidade maior de pessoas na área e levar informação e cuidado para todos. Participaram dessa reunião, o médico da equipe, a enfermeira, a técnica em enfermagem e três das quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma encontrava-se

afastada com suspeita de covid-19.

Foi abordado primeiramente a questão do Planejamento Reprodutivo. As ACS são o elo mais próximo dos usuários, de forma que precisam saber como abordar e as ferramentas disponíveis para sensibilizar e motivar a busca pela autonomia do cuidado. Ficou acordado como proposta capacitar esse elo informando em todas suas visitas e contatos com os usuários de que na UBS, estão disponíveis métodos contraceptivos como Anticoncepcional Combinado Oral, "Camisinha" Feminina e Masculina, contraceptivos injetáveis, mensal e trimestral, sendo necessário para acesso a medicação uma consulta com o médico da unidade para juntos escolher o método, afastar risco no uso e potencializar a tomada de decisão.

Para além disso, oportunizar acesso a consulta de enfermagem para oferta de preservativos, não como forma de inibir a distribuição mas para aconselhamento quanto ao uso correto e descarte pós-uso. Enfatizar que o casal ou a mulher ou o homem separadamente são bem-vindos na UBS para esclarecer dúvidas sobre reprodução, direitos a esterilização e saúde sexual no geral. A enfermagem em toda consulta de rotina irá garantir além da demanda que o paciente trazer, abordar o assunto e colocar todo profissional envolvido e estrutura da UBS para esse atendimento. Muitas das vezes por ser a saúde sexual algo tão comum a todos nós e ao mesmo tempo tabu, possa estar claro que ali é sim um lugar de discussão e aconselhamento para esse tema.

O médico em sua abordagem clínica sempre fará menção durante toda consulta a essas questões, usando de habilidade técnica e ao mesmo tempo linguagem simples para informar e orientar o público, cada um dentro de sua especificidade, idade e capacidade de entendimento do tema, não esperando uma consulta específica, uma queixa pontual sobre o assunto. Saberá introduzir o tema com o devido respeito e ética, ofertando informações para além das demandas que o usuário buscou na UBS.

Uma ação mais ampla foi colocar cartazes pela unidade, informativos sobre a vacinação contra o HPV de meninas e meninos (menina 9 a 14 anos e meninos 11 a 14 anos, adolescentes e adultos de 9 a 26 anos vivendo com HIV/AIDS), os exames disponíveis na unidade para prevenção contra o câncer de colo uterino e informando sobre a acesso a consultas sobre métodos contraceptivos, aconselhamento reprodutivo e saúde sexual. Foi estabelecido uma agenda programática para consultas pré-concepção. "Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil" (BRASIL, 2005).

Como resultado percebe-se que houve uma aproximação com um assunto tão pessoal como sexualidade, que depende de confiança e a forma dessa abordagem. A qualificação profissional em serviço e principalmente do ACS favorece práticas de cuidado

mais resolutivas, cujo sucesso virá no decorrer do tempo, porém já se constata um usuário mais satisfeito com o atendimento e ajudando na divulgação, aumento da busca ativa das gestantes no território para o pré-natal, maior clareza das informações da vida sexual, planejamento familiar acessível e disponível como questão a ser tratada sim na UBS. A semente foi plantada em solo fértil, agora é cuidar para florescer e dar bons frutos na perspectiva do cuidado integral e resolutivo.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

ABORDAGEM AO CÂNCER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A realidade do cuidado nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) é complexa e cheia de incertezas, e nela os rastreamentos oportunistas se mesclam com o cuidado clínico cotidiano, quer por iniciativa do paciente, quer por iniciativa do profissional ou por demanda institucional local. Um cuidado efetivo das pessoas requer atenção à experiência pessoal do processo de saúde, sofrimento e doença, bem como entendê-las no contexto de vida e sociocultural para chegar a uma abordagem compartilhada com respeito à atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Neste contexto, o Câncer assusta, seja profissional de saúde, seja usuários ou algum parente. Quando uma pessoa recebe o diagnóstico de Câncer, em quase 100% dos casos, a pessoa desaba. Falta de informação sobre o tema, medo da morte, incerteza do futuro, são pensamentos que passam pela cabeça. Diante de todo esse cenário, o que a APS pode oferecer de resolubilidade, cuidado e informação, levando em conta que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

A realidade da Unidade Básica de Saúde (UBS) da qual atuo, é focada na prevenção e promoção da saúde. Como porta de entrada, realiza investigação apropriada para conduzir uma suspeita de Câncer, seja de qualquer etiologia. Realizamos campanhas pontuais como "Outubro Rosa" e "Novembro Azul", mas estamos durante todo ano oferecendo atendimento que visa rastrear, prevenir, diagnosticar, referenciar e acompanhar a evolução dos casos. Nossa população é composta pelas mais diversas faixas-etárias e com suas características locais nos fazem focar em não deixar descoberta uma comunidade exposta a potencial de desenvolver neoplasias malignas. Vivemos em um Estado onde o calor é marcante com temperaturas elevadas e onde as pessoas trabalham com pesca e extrativismo vegetal e os cuidados com a pele não são os mais adequados. As mulheres carecem de orientação a respeito de sinais de alerta quanto ao câncer de mama, e muitos exames são feitos fora do que preconiza o Ministério da Saúde (MS) e outras nem fazem, só quando de uma consulta médica, além disso as áreas ribeirinhas, o difícil acesso é uma barreira a ser vencida.

Quanto a prevenção do Câncer do Colo de útero é em disparada o que mais consegue alcançar mulheres para seu exame preventivo, dada a facilidade de coleta, a baixa tecnologia envolvida e o treinamento atingir o objetivo de qualificar quem faz sua coleta. Em relação ao Câncer de Próstata a grande barreira é o preconceito, em primeiro lugar o homem não se cuida como a mulher, por ser o principal provedor da família e achar que não adoce. Em sua maioria só vem a consulta médica quando o problema já está afetando suas atividades cotidianas e muitas das vezes quem marca essa consulta é sua companheira, somando-se a isso,

uma abordagem não muito adequada de que o exame coloca em xeque sua masculinidade em uma população de baixo nível sócio-econômico-educacional, temos aí uma conduta de bloqueio. Nesses casos se faz necessário uma atitude e ação do poder público como forma eficaz de transpor esse obstáculo.

A equipe se reuniu para discutir qual estratégia utilizar para enfrentar essa realidade no território de atuação. Para sensibilizar a equipe foi preciso compreender a dimensão do problema, por exemplo, o Câncer de Pele é o tipo mais frequente no Brasil, então é preciso ficar vigilantes, não dá para conviver em uma área onde a incidência de raios solares seja tão forte e ignorar esse risco, somado às mudanças no clima, a falta de cuidado, orientação, conhecimento sobre o assunto, são um fermento para aparecimento de casos. Nessa reunião o primeiro ponto forte foi orientar quem está em contato direto com os usuários, neste sentido, os profissionais da Estratégia Saúde da Família adentra a casa das pessoas, de forma que quem acessa esses lares precisa orientar e informar sobre os primeiros sinais de um possível risco de desenvolver o câncer e caso tenha dúvidas procurar a UBS para uma avaliação médica, exame físico para descartar ou referenciar para serviço especializado caso necessário. Outro ponto que facilitaria a intervenção oportuna, seria a possibilidade de biopsiar na própria unidade, porém para nossa realidade o que poderíamos oferecer é a biópsia incisional e a excisional, contudo é necessário preparar as unidades de saúde, que nem o básico tem, todavia, esse é um próximo passo em discussão, mas dessa vez com a direção da unidade.

Com relação ao Câncer de Próstata, realizar um levantamento sobre quantas pessoas foram acometidas, com diagnóstico fechado. Sabe-se que existe casos no território, contudo pelo tratamento ser em nível de alta complexidade, como citado abaixo, muita das vezes, a APS não é contra referenciada para cuidados pertinentes a sua atuação, tudo fica restrito ao "Hospital Oncológico".

"A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer determina o cuidado integral ao usuário de forma regionalizada e descentralizada e estabelece que o tratamento do câncer será feito em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Unacons e Cacons devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento. Esses estabelecimentos deverão observar as exigências da Portaria para garantir a qualidade dos serviços de assistência oncológica e a segurança do paciente. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Dentro dessa realidade, a contra referência para APS é frágil, e trouxe algumas reflexões para equipe, como atuar para integrar e acolher esses usuários? Fazer busca ativa,

rastrear e prevenir. Então, como médico me coloco sempre em toda consulta, seja ela qual for a queixa, abordo o tema, observo os fatores de risco como: raça negra, idade maior que 45 anos, raça branca maior de 50 anos, homens com idade superior a 40 anos, etilistas, tabagistas, exposição ao sol, obesidade e outros. Procuro sempre, através da conversa buscar sobre antecedentes familiares, sedentarismo, e sintomas como alteração e frequência do jato urinário, despertares noturnos para micção, perda de peso e aumento da ingestão de água. Esses assuntos vão sendo introduzidos em forma de conversa de modo que o usuário sinta confiança, relate seus hábitos e costumes de vida e esclarecendo dúvidas.

Exames complementares como ferramenta de prevenção ajuda nesta busca ativa. Se estiver na faixa-etária preconizada, raça e fatores de risco para avaliação por exame de sangue (PSA Livre e Total e relação entre ambos) e o exame de toque são indicados. Interessante que não tem havido resistência ao exame, o homem quando bem orientado pelo profissional de saúde sobre esses cuidados vão demonstrar interesse, uma vez que, vai prevenir algo que pode ser tratado e curado se descoberto em tempo hábil e precoce, não se opondo ao exame. Constatada alguma alteração que não pode ser resolvida na APS, o usuário é encaminhado para o profissional especialista. Feito esse percurso de sensibilização com a equipe, ficou acordado que seria realizado um Dia “D” para Saúde do Homem, visando intensificar as ações, captar novos casos, orientar e oportunizar atendimentos articulado com outros profissionais para abordar o tema Câncer de Próstata.

O câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, correspondendo 23% do total de casos (BRASIL, 2013). É uma grande preocupação que aflige as mulheres acometidas e de grande impacto na vida delas, embora raro, pode acometer também os homens. Neste sentido, o cuidado das mulheres deve ser constante principalmente acima de 50 anos, essas devem ser convidadas para realizar uma avaliação periódica com o médico, exame das mamas, solicitação de mamografias quando necessário. Ficou acordado com a equipe, que seria realizado uma investigação mais atenta para mulheres com parentes de primeiro grau (mãe, irmã, filha), com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos de idade; ou câncer de ovário ou câncer bilateral de mamas em qualquer faixa etária; ou histórico de câncer de mama em homem na família (dentro do grau de parentesco); ou mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ, em qualquer idade, devem procurar a UBS para iniciar rastreio antes dos 50 anos pelos métodos adequados a sua idade.

O Câncer de Colo Uterino que tem como etiologia a infecção crônica causada pelo vírus do papiloma humano (HPV) (BRASIL 2013). Na APS, nos faz abordar com duas estratégias a saber: diagnóstico precoce (abordagem de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença); e/ou rastreamento em população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer. (WHO, 2007). Ficou

acordado que será reforçado a atitude preventiva, já em uso na UBS, convidando toda mulher com vida sexual ativa, com 25 anos ou mais para coleta do exame de Papanicolau e as mulheres sem vida sexual, porém com sinais e ou sintomas da doença, por profissional médico e as gestantes, preferencialmente até o sétimo mês de gestação (BRASIL 2013). Após resultado, consulta garantida com médico para esclarecimentos, interpretação do resultado, conduta e aconselhamento.

Com isso consideramos, dentro de nossas capacidades, atribuições e treinamento, abordando os aspectos que nos auxiliarão para um melhor acolhimento a pacientes que estejam enfrentando essa batalha e aqueles que por nossa contribuição incansável, possam obter diagnóstico precoce e maiores chances de cura. Percebeu-se com as atividades que tanto os profissionais de saúde quanto a comunidade se inteiraram sobre a temática, transformando-os em agentes multiplicadores de informação. Na linha de cuidado do câncer, a atenção primária à saúde tem responsabilidade quanto a ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, assim, é de fundamental importância o empoderamento sobre a temática.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

CONTROLE DOS NÍVEIS DE PRESSÃO ARTERIAL NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS PIÇARREIRA - SANTANA- AP

Entende-se a Hipertensão Arterial (HA) como um dos fatores de risco preveníveis das principais causas de mortes no Brasil, é paradoxal como ainda é tão prevalente em nossa sociedade, sobretudo na população idosa. Conceber que o envelhecimento não é sinônimo de doença, nos faz pensar no papel social da educação em saúde. Se refletirmos que em geral o brasileiro se alimenta mal, se exercita pouco e só começa uma mudança de hábitos a partir de um evento que o priva ou altera sua condição de saúde, veremos que estamos falhando na prevenção, na conscientização e nos hábitos de vida. Prova disso, é a crescente porcentagem e precocidade de indivíduos em situação de sobrepeso e obesidade o que, por conseguinte, torna-se um fator de risco para desenvolvimento da síndrome metabólica que congrega entre outros o aumento da pressão arterial contribuindo para incremento no risco cardiovascular, acidente vascular encefálico e lesões em órgão-alvo.

Do ponto de vista da identificação da hipertensão arterial, por se tratar na maioria das vezes como uma patologia que cursa com poucos ou nenhum sintoma, em sua maioria é diagnosticada em consulta de rotina, em uma visita ao médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou por vezes quando de alguma queixa que leva a pessoa ao Pronto Socorro (PS) onde então, esse é orientado a procurar sua unidade de saúde de referência para diagnóstico e tratamento. Estabelecido o diagnóstico, cabe estratificar o risco e definir tratamento individualizando metas a serem atingidas e terapia utilizada, bem como intervalo de reavaliação.

“O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil uso na Atenção Primária em Saúde (APS)” (BRASIL, 2010).

Frente aos desafios e limitações, contudo, sem deixar de lado o senso de missão e responsabilidade, reuniu-se o médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde (ACS), para discutir ações, pois embora se saiba que na multifatorialidade da gênese da Hipertensão Arterial a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o contato direto com esses pacientes e para isso precisa-se estar preparado para essa abordagem. Melhorar o controle desses pacientes é uma tarefa de conscientização de adesão ao tratamento e de mudança no estilo de vida. Incentivar a

prática de atividade física desde que os níveis de pressão estejam em uma faixa segura, diminuir a ingestão diária de sódio ou sal de cozinha, controlar o estresse, se fumante abandonar o hábito de fumar e para isso contamos com terapias auxiliares, medicamentosa e de suporte psicológico e controle do peso corporal. Todo esse esforço somado a visitas domiciliares de acamados e em condições especiais e consultas agendadas dentro do programa HiperDia.

Verificou-se nesta reunião que a grande dificuldade para controle da pressão arterial na população assistida é a saber:

1. Adesão ao tratamento medicamentoso, principalmente por esquecimento em tomar sua medicação justamente em razão de não estar sentindo nada;

2. Dificuldade em conseguir consumir alimentos mais saudáveis e nisso abre-se um adendo, embora nosso país seja de regiões onde a agricultura é bem desenvolvida, ainda lidamos com desperdício, mas principalmente, o acesso a alimentos industrializados é maciçamente incentivado por campanhas publicitárias ao passo que a alimentação mais natural acaba tendo papel tímido nas campanhas, esse fato é algo a reforçarmos em nossa atuação na APS.

Os profissionais entenderam que, não basta simplesmente na consulta com o médico e na visita da equipe dizer que é necessário introduzir mais frutas e verduras na alimentação diária, ou encaminhar para uma consulta com nutricionista da equipe. Foi consenso ser necessário uma intervenção de esclarecimentos sobre quantas porções diárias devem ser consumidas de frutas, verduras e legumes voltadas para ajudar no controle e tratamento da HA, que atividade física e alimentação saudável são fundamentais para resultados positivos no combate a males associados a pressão arterial alta. Neste sentido, o próximo passo foi se reunir com a nutricionista da equipe solicitando fichas com exemplos de porções variadas de frutas, legumes e verduras a serem adicionadas diariamente para auxiliar no controle do peso corporal e conseqüentemente incidir sobre os níveis de pressão, ressalta-se que essas fichas serão levadas pelos ACS para que sejam distribuídas em todas suas visitas.

Espera-se que os resultados sejam colhidos com persistência e com alteração dos hábitos, produzindo uma onda de exemplos, até porque em cada residência que haja um hipertenso, se essa rotina de uma alimentação saudável se espalhar, principalmente entre os mais jovens será uma atitude de mudança comportamental que visa diminuir as taxas de HA futura. Acredita-se que ações de mudança de estilo de vida não podem apenas serem prescritas em um consultório se não houver uma mudança real no dia a dia do paciente. Para isso, é necessário mostrar como fazer, além de continuar informando sobre a necessidade de tomar a medicação de forma sistemática e em horários regulares e monitorando para não deixar faltar.

Ademais, a equipe se colocou à disposição para que as receitas sejam renovadas em tempo oportuno, sem correr o risco de descontinuar o tratamento e dentro de cada especificidade, rastrear riscos de complicações advindas do não controle da HA minimizando

impactos à saúde do paciente, gastos individuais e públicos com tratamentos. Desfechos desfavoráveis que podem ser evitados com um acompanhamento onde seja percebido que não basta manter os níveis tensionais dentro de uma faixa aceitável, mas sim melhorar a qualidade de vida do indivíduo com melhora de indicadores associados a níveis pressóricos, ou seja, o foco não é só a pressão arterial, mas o paciente no seu todo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinformação e a maneira quase robótica de realizar o cuidado em saúde é o maior empecilho encontrado, somado isso a falta de investimento, a precariedade e poucos recursos fazem do trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS) um exercício desafiador, dedicado e de amor.

Ao longo desse difícil ano que vivemos e estamos vivenciando, desenvolvendo as microintervenções, dialogando e se aproximando dos colegas de trabalho de diferentes formações, dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), foi possível perceber as barreiras e dificuldades a ser transposta, os muitos desafios enfrentados e como foi possível não ser mais os mesmos, tentar fazer diferente, ser criativo, se reinventar com tão pouco no cuidado em saúde e ao mesmo tempo conseguir ser mais eficiente e resolutivo. Visualiza-se, portanto, um desejo que emana das atitudes de colaboração, da criatividade e comprometimento de todos os profissionais da equipe, para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos usuários assistidos. Em nenhum momento deixa-se de atender as necessidades de saúde dos usuários, seja por demanda espontânea ou agendada, seja nas visitas domiciliares ou situação de urgência, a equipe está sempre pronta para agir.

Como agente ativo de mudanças e participante de um grupo com esse espírito de equipe, foi possível ver que essas ações precisam ser rotineiras para se tornarem efetivas, com planejamento, com monitoramento, e com avaliações e reavaliações das ações e propostas de corrigir desvios desse plano.

Como reconhecimento desse trabalho que desenvolvemos com amor, recebemos elogios dos usuários o que sinaliza que estamos no caminho certo. Relatam que a abordagem melhorou, que está vendo mais resultados, que o atendimento está diferente, a ponto de se atender pessoas vindas de outros locais em razão dessa forma de entender, de escutar e resolver os problemas de saúde, colocando a pessoa como centro da atenção, desde a recepção e se estendendo para todos os atendimentos dos outros profissionais.

Por fim agradecer, pois "toda mente que se abre ao novo, não volta a seu tamanho original", com isso aprendemos sobre como tratar mais e melhor, aprendemos que podemos fazer mais, que precariedade não é sinônimo de não fazer, é questão de querer fazer, e "fazer o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda".

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n°5). <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencial.pdf> . Acesso em: 09/10/2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, n.26). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf . Acesso em: 09/10/2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE @Cidades**. 2020.Disponível: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ap/santana.html>. Acesso em 24/02/2021.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. <https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>. Acesso em 24/11/2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice**.Geneva:WHO,2007. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_pri Acesso em 24/02/2021.