



**LIGIA BARROS CAVALCANTI**

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA POPULAÇÃO DE ZONA RURAL**

**ARACAJU, 2016**



**LIGIA BARROS CAVALCANTI**

## **A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA POPULAÇÃO DE ZONA RURAL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: João Cavalcanti

**ARACAJU, 2016**

## RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, 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 que tenham sido 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.

**Descritores: Atenção Primária à Saúde, Cuidado Pré-Natal, Promoção da Saúde, Saúde Mental, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
2.	ESTUDO DE CASO CLINICO	7
2.1	CASO CLÍNICO	7
3.	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	11
3.2	ATIVIDADES DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO PRÉ-NATAL:	16
3.3	ATIVIDADES DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS SAÚDE MENTAL	19
4	VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO	23
5.	ATIVIDADE REFLEXIVA	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
	ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO	28

## 1. INTRODUÇÃO

Eu sou médica, tenho 29 anos, sou natural de Aracaju. Me formei há 4 anos pela faculdade de ciências médicas de Campina Grande (FCM-CG), sou especialista em clínica médica pela FBHC-SE, e curso pós-graduação em medicina do trabalho. Meu interesse pela saúde da família surgiu há pouco tempo, porém aumenta a cada dia que trabalho com comunidades carentes. Eu procuro me capacitar para oferecer o melhor aos meus pacientes e por isso resolvi fazer parte do programa, já que sempre achei a ideia de oferecer médicos em regime integral a comunidades carentes de uma extrema importância.

Estou no programa mais médicos há 10 meses, fui alocada no município de Riachuelo (SE), que fica localizado há aproximadamente 30 km de Aracaju, capital do estado de Sergipe. O município de Riachuelo possui população estimada em 9.000 habitantes, cobertura total do programa saúde da família que conta com 04 equipes completas (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde). Minha equipe é composta por uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma dentista e 05 agentes comunitários de saúde.

A área de abrangência da minha equipe é a zona rural do município, que conta com 3 povoados (Bela vista, Central e Roque Mendes), 02 assentamentos (Santa Maria, Mario Lago), 03 áreas invadidas pelo MST e algumas fazendas. Atendo em 03 postos de saúde distintos, todos com pouca estrutura. O povoado Bela Vista fica localizado à distância de 30 km da cidade de Riachuelo, o acesso é difícil pois a estrada que liga o povoado ao município é feita de barro. A população desse povoado é muito pobre e a maioria vive como empregado nas fazendas ao lado, cortando cana de açúcar e da agricultura familiar. As doenças que acometem essa população são principalmente as infecciosas (incluindo as transmitidas por vetores) e as doenças crônicas. O posto de saúde do povoado tem apenas 02 salas apertadas (do dentista e do médico) e não possui nenhuma estrutura para o atendimento a urgências.

O atendimento nesse posto acontece apenas uma vez na semana, geralmente nas segundas-feiras. Nesse povoado, possui uma escola que só atende crianças a partir do 5º ano. Depois dessa série as crianças têm que estudar na cidade, o município fornece um ônibus para levá-las até Riachuelo e trazê-las de volta de acordo com o horário escolar. O povoado central fica localizado à distância de 10 km da cidade de Riachuelo, possuindo acesso mais fácil. Esse povoado foi criado há aproximadamente 60 anos atraído por uma grande fábrica de tecidos do estado (CISA). O dono da fábrica construiu casas para que os seus funcionários pudessem morar próximo a empresa e desde então a população do central é composta basicamente por funcionários da fábrica.

O posto de saúde do povoado é mais amplo e tem melhor ventilação, porém não apresenta estrutura para atendimento a urgências. As doenças mais prevalentes nos pacientes dessa comunidade são LER/DORT e doenças crônicas e degenerativas. O atendimento nesse posto acontece apenas uma vez na semana, geralmente nas quartas-feiras. Nesse povoado, possui uma escola que aceita crianças até o 8º ano, depois dessa série o município fornece um ônibus para levá-las até Riachuelo e trazê-las de volta de acordo com o horário escolar. A população dos assentamentos é atendida no posto de saúde do povoado central nas quartas-feiras, as doenças mais abrangentes nessa comunidade são as doenças infecciosas e parasitárias e as doenças crônicas como hipertensão, diabetes e outras.

O povoado Roque Mendes, fica localizado à distância de 5 km da cidade de Riachuelo, nessa localidade são comuns assassinatos e crimes, é a área mais violenta da cidade, fica na periferia e o tráfico de drogas é constante. O posto de saúde do povoado é o que possui melhor estrutura, com farmácia, sala de curativos, sala de vacinas, sala do médico, do enfermeiro e do dentista. Apesar de tudo a estrutura é subutilizada, pois os atendimentos só acontecem uma vez na semana e o posto permanece fechado durante os outros dias. A população do povoado sofre muito com depressão e doenças psiquiátricas como abuso de álcool e drogas, além de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

O povoado Roque Mendes possui duas escolas, uma que atende do maternal ao 5º e outra do 5º ano em diante. Uma grande problemática em todos os povoados

é a má aderência ao tratamento clínico. Ao identificar esse problema entendi que o meu projeto de intervenção deveria ser nesse ponto tão crucial. Observei que algumas vezes a má aderência ao tratamento decorre da dificuldade de entender o que foi prescrito pois infelizmente dentro da nossa área de atuação ainda existem alguns analfabetos funcionais que não conseguem entender como a medicação deve ser usada. Diante disso o meu projeto de intervenção será focado nesse tópico, na tentativa de melhorar a aderência dos pacientes ao tratamento.

## 2. ESTUDO DE CASO CLINICO

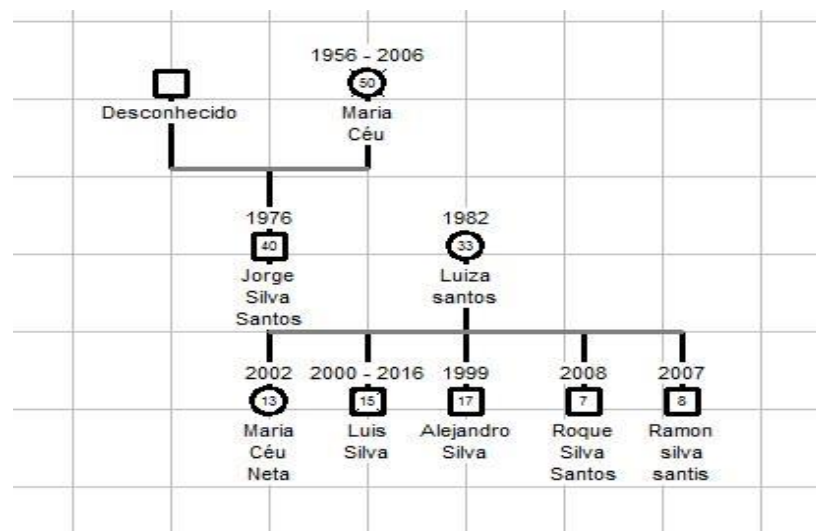
As situações de assistência mais abrangentes nas unidades de saúde em que trabalho são as de pacientes diabéticos, hipertensos e obesos refratários ao tratamento medicamentoso e mudança do estilo de vida, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis e parasitárias associada a péssimas condições de moradia e saneamento básico.

### 2.1 CASO CLÍNICO

O caso que irei descrever é referente a uma família residente em um assentamento do MST que pertence a área de abrangência da minha equipe.

Identificação: JSS, 40 anos, masculino, união estável, natural de Areia Branca, residente no assentamento Mario Iago há 10 meses.

GENOGRAMA:



- Patologias de base: Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, alcoolismo, tabagismo, obesidade grau II.
- Medicamento em uso: Metformina 850mg, após as refeições. Glibenclamida 5mg, em jejum antes do café da manhã e do jantar. Losartana 50mg, 1 comprimido de 12/12h
- Antecedentes cirúrgicos: Colectomia há 10 anos, laparotomia por perfuração por arma de fogo há 20 anos.
- Antecedentes sócio - econômicos: Moradia em casa de lona, sem saneamento básico, sem banheiro, 02 cômodos, pai de 5 filhos (Um deles morto há 2 meses por tráfico de drogas).
- História clínica: Paciente hipertenso e diabético mal controlado, sedentário, alcoolista diário e tabagista de longa data. Evoluindo com complicações vasculares periféricas pelo quadro de diabetes descontrolada (úlceras em membro inferior direito) e quadro de depressão pela perda do filho e provável gravidez precoce da filha.
- Exame físico: Bom estado geral, lucido, orientado, humor depressivo, obeso, hipertenso.
- ACV: RCR em 2T. s/s
- AP: MV, sem RHA.
- Abd: Globoso, indolor a palpação
- MMII: ulcera em membros inferiores, com diâmetro aproximado de 3cm, de difícil cicatrização, tecido de granulação.
- PA: 150x 90 mmHg, HGT: 224mg/dl.

#### CONDUTAS:

- I) Orientado sobre a necessidade de uso correto da medicação e sobre mudança do estilo de vida.



- II) Insulina subcutânea aplicada diariamente pela técnica de enfermagem da UBS próxima.
- III) Encaminhado ao CEMAR para o ambulatório de feridas.
- IV) Suporte psicológico pela morte do filho e a gravidez precoce da filha.
- V) Solicitado exames laboratoriais (glicemia de jejum, hemoglobina glicada, glicemia pós-prandial, ureia, creatinina, lipidograma.)
- VI) Reavaliação em 15 dias.

## DISCUSSÃO

Diante do caso clínico exposto, foi agendada reunião com a equipe para discussão do caso, a agente de saúde responsável pela micro-área fez uma inspeção e procurou informações com os vizinhos sobre as mudanças de comportamento de JSS. Os vizinhos informaram que ele se encontrava com humor deprimido, quase não saía do domicílio e sem coragem para trabalhar, a sua mulher também se encontrava com as mesmas características. Os amigos contaram que Maria Céu estava tendo um relacionamento com o vizinho casado e que a mulher do mesmo já desconfiava e falava em agredir Maria do Céu.

Diante do exposto a ACS se comprometeu em conversar com Maria Céu a respeito da importância de iniciar o pré-natal precocemente e sobre as possíveis consequências desse relacionamento. Solicitei que enviasse a paciente para consulta médica para realizar os exames confirmatórios de gravidez e pudéssemos conversar um pouco a respeito das perspectivas de futuro da garota. A enfermeira também solicitou consulta com urgência para esclarecer algumas dúvidas com Maria Céu.

Após 15 dias, JSS retornou para consulta, já estava em acompanhamento com psicólogo porém ainda aguardava consulta com psiquiatra. A pressão arterial e a glicemia estavam mais controladas. Ele contou que conseguiu conversar com a filha e que o teste de gravidez deu negativo. Uma tia solteira residente em Aracaju se disponibilizou a cuidar da criança por um tempo na tentativa de afastá-la desse relacionamento que poderia levar a consequências trágicas. O paciente havia ido ao ambulatório de feridas e já apresentava melhoras no aspecto da lesão.

A pós-graduação permitiu uma melhor condução do caso clínico em questão, pois me ensinou que por trás de uma doença física existem problemas de cunho emocional que podem agravar as patologias de base. Depois desse curso e trabalhando com saúde da família descobri o quanto uma simples atitude pode modificar o curso natural das doenças e melhorar a vida da comunidade.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

#### **3.1 Atividades de promoção a saúde e prevenção de doenças na prática de puericultura:**

##### **3.1.1 Prática: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento através de medidas antropométricas. Exame geral da criança.**

Grau de recomendação: D.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento normal é uma forma importante de conhecer e vigiar o estado geral da saúde de uma criança e o desenvolvimento socioeconômico de saúde da comunidade em que vive. É considerado um dos maiores indicadores de saúde de uma criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais com a criança e higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O Ministério da saúde considera que o peso, a estatura e o Perímetro cefálico são as medidas antropométricas básicas a serem utilizadas na avaliação do crescimento infantil.

É importante salientar que a variação do peso em relação à idade é muito mais rápida do que a da estatura e reflete, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos. Num prazo de poucos dias, podem ser observadas alterações importantes no peso, cuja medição é mais fácil e mais precisa que a estatura. O acompanhamento do perímetro cefálico deve ser feito principalmente nas crianças de zero a 24 meses de idade, período de maior crescimento pós-natal da cabeça e do cérebro. Com a tomada do perímetro cefálico deve ser realizada a evolução do fechamento das fontanelas e suturas cranianas.

O MS recomenda como padrão para o acompanhamento do crescimento de crianças brasileiras as tabelas de peso/idade, altura/idade e perímetro cefálico/idade elaboradas pela OMS, com o sistema de percentil e de desvio padrão

(escore Z) a partir da medição de um grande número de crianças saudáveis de diferentes grupos étnicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O desenvolvimento é compreendido como um processo mais amplo, envolvendo o crescimento e a aprendizagem da criança.

O conhecimento sobre o desenvolvimento infantil é essencial para todos os profissionais que lidam com crianças. O acompanhamento do desenvolvimento deve fazer parte da consulta geral da criança. Para isso, não é necessário criar espaços específicos, momentos fora da consulta ou instrumental especializado, embora alguns pequenos brinquedos possam ser usados para desencadear alguma resposta reflexa ou marco do desenvolvimento. Recomenda-se que a avaliação do desenvolvimento seja ampla, considerando-se fundamental a coleta de informações, durante a anamnese ou entrevista, das condições de vida, rotina diária, formas de relacionamento familiar e oportunidades de interação com outras crianças, pois, para uma criança desenvolver uma determinada habilidade, ela deve vivenciar situações que favoreçam a aquisição dessa habilidade.

A sequência do desenvolvimento pode ser identificada, em termos gerais, por meio dos marcos tradicionais do desenvolvimento, que constituem a base dos instrumentos de avaliação. É fundamental escutar a queixa dos pais e/ou cuidadores e levar em consideração a história clínica e o exame físico da criança, no contexto de um programa contínuo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Assim, será possível formar-se um quadro completo do crescimento e desenvolvimento infantil e da real necessidade de intervenção. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil deve estruturar a Atenção à Saúde da criança nos serviços básicos de saúde, de forma a representar o eixo central do atendimento.

### 3.1.2 PRÁTICA: IMUNIZAÇÃO

Grau de recomendação: A

A vacinação infantil é a uma das maiores realizações da saúde pública. Graças à implantação bem-sucedida de programas de vacinação infantil, a incidência das doenças que podem ser evitadas pelas vacinas encontrasse hoje em seu nível mais baixo; sarampo e poliomielite já não se propagam mais nas Américas; e a morte de uma criança causada por uma doença que pode ser evitada pela vacina é uma ocorrência rara (PORTAL SAÚDE, 2014). A vacinação é um serviço médico preventivo recomendado para praticamente todas as crianças do mundo. Embora os calendários de vacinação variem entre os países, todos eles estabelecem uma série de vacinas básicas para que as crianças cresçam e se desenvolvam, tornando-se adultos saudáveis.

De acordo com o ministério da saúde as vacinas devem ser aplicadas segundo o protocolo a seguir (PORTAL SAÚDE, 2014).

Idade	Vacina	Dose
Ao nascer	BCG e Hepatite B	(dose única /1ª dose)
2 meses	Pentavalente, Pólio, Rotavirus e Pneumocócica conjugada	(1ª dose)
3 meses	Meningococo C conjugada	(1ª dose)
4 meses	Pentavalente, Pólio, Rotavirus e Pneumocócica conjugada	(2ª dose)
5 meses	Meningococo C conjugada	(2ª dose)
6 meses	Pentavalente, Pólio oral e Pneumocócica conjugada	(3ª dose)
9 meses	Febre amarela	(1ª dose)
1 ano	Pneumocócica, Tríplice viral e Hepatite A	(reforço/1ª dose/1ª dose)
1 ano e 3 meses	Tríplice bacteriana (DTP), Pólio, Hepatite A e Quádrupla viral	(1ª dose/1ª dose, dose única, dose única)
4 anos	Febre amarela, DTP, Oral Poliomielite	(reforço, 2º reforço, 2º reforço)
9 anos	HPV quadrivalente para meninas	(Duas doses - zero e seis meses)

O Calendário de Vacinação que compreende todas as faixas etárias está disponível no site [www.sbim.org.br/vacinacao](http://www.sbim.org.br/vacinacao)  
FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO

### 3.1.3 PRÁTICA: PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Grau de recomendação: D

Distante da violência das ruas, a casa oferece riscos que causam a morte de cinco mil crianças por ano no Brasil. De acordo com dados do Ministério da Saúde, lesões não intencionais representam a principal causa de morte na faixa etária de zero a 14 anos de idade no País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Os principais tipos de acidentes domésticos encontrados são quedas, tais como: contusões; cortes; queimaduras; escoriações; esmagamentos; mordeduras; e perfurações. No geral, nota-se que o ambiente doméstico está sendo atingido cada vez mais pelo desenvolvimento tecnológico, tornando-se, em algumas situações, altamente perigoso para as crianças, devido à sua característica de ser um centro de atividades diárias para a família (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2005).

O grupo infantil é o mais vulnerável aos desastres e acidentes no estrato populacional. Quanto mais jovem e imatura for a criança, menor sua percepção de risco e maior sua vulnerabilidade e dependência de terceiros em termos de segurança contra acidentes e desastres. A vulnerabilidade da criança aos acidentes é variável em função do nível de coordenação de seu sistema nervoso, aptidão motora, senso de percepção de risco e da instintiva proteção a ela dispensada pela mãe e demais familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Os acidentes domésticos são frequentes porque os pais nem sempre conhecem as limitações de cada fase da vida dos filhos, além de não terem o hábito de pensar nos perigos dentro de casa.

É comum que os adultos esperem da criança uma percepção de risco, que ela desenvolve só a partir dos sete anos. Até os quatro anos, ela é curiosa, mistura o real e o fictício e imita os adultos. A partir dos quatro anos, são movidos pelo desafio. Isso sem contar que cai com mais facilidade porque a cabeça é desproporcional ao corpo, fazendo com que o centro de gravidade seja no peito e não no umbigo. A partir daí a criança é menos ingênua, mas passa a ser movida pelo desafio. São características que os pais precisam conhecer e levar em conta para maior segurança dos filhos. Além disso, merecem questionamentos sobre a atitude paternalista que não considera a criança como um ser em desenvolvimento, que

evolui continuamente à medida que habilidades se aprimoram e novas capacidades são adquiridas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2005).

No Brasil, os acidentes domésticos infantis são causas crescentes de mortalidade e invalidez e importante fonte de preocupação, constituindo-se no grupo predominante de causas de morte a partir de um ano de idade. Em média, dois terços de todos os acidentes com crianças ocorrem dentro de casa, e a maioria poderia ter sido evitada. É oportuno salientar que não é de se surpreender que a maior parte dos acidentes ocorra no domicílio, haja vista o grande período que as crianças pequenas permanecem nele ou em seus limites (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2005). Isso exige que os responsáveis pelas crianças tenham conhecimento dos riscos do ambiente, tomando medidas para evitá-los, pois, ao mesmo tempo que o domicílio pode propiciar a ocorrência desses agravos, ele pode funcionar também como um meio facilitador para ações preventivas e educativas, neutralizando a existência de tal risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2005).

## **3.2 ATIVIDADES DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO PRÉ-NATAL**

### **3.2.1 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO**

Grau de recomendação: A

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

### **3.2.2 ACOMPANHAMENTO PRECOCE DA GESTANTE**

Grau de recomendação: A

É bastante importante a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade de as mulheres realizarem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção; A gestante deve comparecer pelo menos a 6 consultas durante a gestação (01 no primeiro trimestre; 02 no segundo trimestre e 03 no terceiro trimestre.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).



### 3.2.3 IMUNIZAÇÃO

Grau de recomendação: A

Algumas vacinas são de grande importância na gestação, a incorporação delas no calendário de vacinação da gestante diminui bastante a incidência de patologias preveníveis e que podem levar a complicações devido a alterações fisiológicas da gestação. A Vacina Influenza, Vacina dTpa e Vacina Hepatite B. A gripe durante a gestação ou puerpério pode levar a formas clínicas graves, pneumonia e morte.

O risco de complicações é muito alto, principalmente no terceiro trimestre de gestação, mantendo-se elevado no primeiro mês após o parto. As puérperas apresentam risco semelhante ou maior que as gestantes de ter complicações em decorrência da Influenza. A vacinação contra o vírus influenza em gestantes é uma estratégia eficaz de proteção para a mãe e para o lactente. Estudo realizado demonstrou que os lactentes de mães vacinadas contra a influenza, apresentaram menos casos da doença. Todas as gestantes devem tomar a vacina Influenza, em qualquer fase da gestação.

Ela é gratuita para gestantes (qualquer idade gestacional, não precisa comprovação de gestação) e puérperas até 45 dias (levar certidão de nascimento do recém-nascido ou cartão da gestante ou documento do hospital). A vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular do adulto) tem o objetivo específico na gestação de proteger contra tétano neonatal e coqueluche no recém-nascido. A preocupação com a coqueluche é decorrente do aumento dos casos em lactentes jovens (em idade pré-vacinação) com alta taxa de letalidade em todo o mundo. No Brasil, em 2014, mais de 50 crianças menores de 6 meses de idade morreram por coqueluche.

Foi constatado que esses recém-nascidos são infectados pelos contatos próximos, principalmente pela mãe, em cerca de 40% dos casos. Os lactentes antes dos 6 meses de idade não completaram seu esquema de vacinação. Um adulto infectado pela *Bordetella pertussis* pode resultar em até 17 novos casos. O quadro clínico da coqueluche no adulto não é típico, devendo-se suspeitar dos pacientes com tosse seca por mais de 14 dias. O objetivo da vacinação da gestante é diminuir

a transmissão da mãe para o recém-nascido após o parto e a proteção relativa do recém-nascido através dos anticorpos maternos via transplacentária.

A efetividade de proteção dos anticorpos transplacentários para o feto não é totalmente conhecida, mas certamente modifica a severidade da doença. Após a vacinação na gestação, os anticorpos maternos atingem o pico em algumas semanas e caem em poucos meses (SAÚDE, 2003).

### 3.2.4 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Grau de recomendação: D

A obesidade é uma patologia que está acometendo grande parte da população e aumenta os riscos de hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e outras. No caso específico da gestante é importante averiguar o quanto elas ganham de peso durante a gestação, pois o ganho excessivo de peso pode levar a risco aumentado de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e outras patologias. A alimentação se faz importante nesse período pois ela diminui os riscos de complicações gestacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

### 3.2.5 EXAMES COMPLEMENTARES

Grau de recomendação: D

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde efetue os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, assim como quando da realização dos exames clínico e obstétrico. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a interpretação dos dados e a comparação entre eles. Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, a fim de garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

### 3.2.6 PRÁTICA: REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA EM GRAVIDEZ DE RISCO

Grau de recomendação: A

É importante um sistema eficiente de referência e contra referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para toda a clientela, conforme a exigência de cada caso. Toda gestante encaminhada para um nível de atenção mais complexo deverá levar consigo o cartão da gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e dos dados clínicos de interesse. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, com todas as informações necessárias para o seguimento do pré-natal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

## 3.3 ATIVIDADES DE PROMOÇÃO A SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS SAÚDE MENTAL

### 3.3.1 APOIO PSICOLÓGICO AO PACIENTE

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir;
- Exercer boa comunicação;
- Exercitar a habilidade da empatia;
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer;
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas;
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga;
- Fornecer o tratamento adequado ao usuário;
- Encaminhar aos outros profissionais da equipe e referenciar ao psicólogo/psiquiatra.

### **3.4 PRÁTICAS DE PUERICULTURA, PRÉ-NATAL E SAÚDE MENTAL REALIZADAS NA UNIDADE**

Na equipe em que fui alocada a puericultura é realizada de acordo com o padronizado pelo ministério da saúde. São realizadas sete consultas no primeiro ano de vida, duas consultas no segundo ano de vida e a partir dessa idade as consultas são anuais. Eles são distribuídos entre o médico e o enfermeiro. Esses dois profissionais atuam em conjunto educando e conscientizando as mães a respeito de pontos cruciais na saúde da criança.

Na minha prática diária costumo iniciar a consulta com perguntas básicas como o tipo de alimentação que a criança está recebendo, queixas urinárias (disúria, polaciúria, dor pélvica), respiratórias (tosse, chiado, dispneia e obstrução nasal), gastrointestinais (diarreia, disenteria, constipação, dor abdominal), neurológicas (agitação, padrão sono- vigília). Após essas perguntas serem respondidas faço a avaliação física da criança observando peso, altura, perímetro cefálico, e desenvolvimento neuropsicomotor. Realizo a ausculta cardíaca e respiratória. Se a criança apresentar alguma patologia diagnosticada começo o tratamento, do contrário encaminho a criança ao pediatra para investigação mais ampla.

Em todas as consultas costumo orientar as mães quanto a importância da alimentação saudável e como essa alimentação deve ser oferecida segundo o manual do ministério da saúde. Solicito o cartão de vacina e caso alguma vacina se encontre em atraso, tento conscientizar a mãe que não volte a agir dessa maneira pois a vacinação traz muitos benefícios a saúde da criança. Costumo orientar todas as mães da importância de manter vigilância com as suas crianças já que acidentes domésticos são causa de morte importante na faixa etária da puericultura.

Na equipe de saúde da família em que fui alocada a maioria das pacientes conseguem iniciar o pré-natal no primeiro trimestre, isso ocorre devido ao empenho dos agentes comunitários de saúde na busca ativa das gestantes. Quando a paciente chega até o posto de saúde com suspeita de gravidez é solicitado o beta- hcg (já que não é disponibilizado o teste de gravidez de farmácia no nosso

município). Se o resultado vier positivo, a consulta de pré-natal com a enfermeira é agendada o mais precocemente possível.

Na primeira consulta com a enfermeira, a gestante é cadastrada no sistema e é disponibilizado o cartão da gestante, realizado os testes rápidos (Sífilis e HIV) e é calculado a idade gestacional a partir da data da DUM ou USG obstétrica (mais confiável da 10-12 semana de gestação). A enfermeira solicita os exames do primeiro trimestre (hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum; anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); exame de urina e urocultura), ultrassonografia obstétrica (quando a gestante não souber a DUM), citopatológico de colo de útero (se necessário) e parasitológico de fezes (se houver indicação clínica). A depender da idade gestacional é prescrito o sulfato ferroso e o ácido fólico.

Na primeira consulta médica questiono sobre sintomatologias, especialmente sangramentos, disúria e dores abdominais ou pélvicas. O exame físico é feito de maneira direcionada, enfocando-se aspectos como altura uterina, estática fetal, ausculta dos batimentos cardíaco fetais (todos anotados em prontuário e no cartão da gestante). Eventualmente, pacientes com determinadas patologias (tais como hipertensão arterial ou diabetes), são consideradas de alto risco, devendo ser encaminhadas para atendimento com médico obstetra em centro de referência estadual (no nosso caso, o CAISM, em Aracaju). Nas consultas subsequentes é avaliada a evolução da gestação e tratada as possíveis complicações, as gestantes são orientadas sobre quando procurar uma emergência obstétrica, os sintomas do início de trabalho de parto e a maternidade que devem procurar a depender do risco gestacional. A equipe sempre orienta as gestantes a respeito de uma alimentação saudável e prática de atividades físicas leves na saúde da gestante e do feto. A vacinação sempre é ofertada e as mulheres são orientadas a respeito da importância da vacinação.

A amamentação é estimulada desde a primeira consulta e foi observado que essa prática contribuiu bastante para a maior aderência das mães ao aleitamento materno. Há 04 dias foi o parto de uma das gestantes mais assíduas que

já assisti. Ela chegou a posto de saúde após uma semana de atraso menstrual, foi solicitado o beta-HCG qualitativo e o resultado veio positivo. A gestante foi cadastrada e iniciou o acompanhamento com 6 semanas de idade gestacional, realizou todos os exames, teve ganho de peso adequado, tomou as vacinas necessárias, fez uso do sulfato ferroso e ácido fólico e seguiu todas as orientações oferecidas pela equipe de saúde da família. A criança nasceu de parto vaginal, Glasgow adequado e já se encontra em amamentação exclusiva e em domicílio com o carinho da família. Nessas situações eu sinto bastante alegria em poder fazer parte dessa equipe e da família UNASUS que em tanto tem me ensinado a conduzir melhor os meus pacientes. Atentando não somente para as patologias mas para a necessidade de acompanhamento psicológico dos pacientes. Na área de abrangência da minha equipe existe uma grande quantidade de portadores de transtornos mentais. Os pacientes em questão costumam ter a assistência do psiquiatra e psicólogos (ambos disponíveis no município).

Na nossa unidade eles são bem acolhidos e têm atendimento sempre que necessário, costumo escuta-los nas suas preocupações, nos seus desabafos e procuro fornecer a eles o tratamento mais adequado de acordo com as minhas limitações. O paciente psiquiátrico não é um paciente fácil de lidar pois temos que ter cuidado com o que dizemos e com as palavras que usamos para não agravarmos ainda mais a sua doença. Os resultados do tratamento geralmente são lentos e as recaídas frequentes pois essas patologias geram muito preconceito/ discriminação para as pessoas que adquirem.

Ao pesquisar sobre esses assuntos pude notar que as informações adquiridas na elaboração desse material aumentaram muito o meu nível de conhecimento. Com certeza irá melhorar a assistência que ofereço aos meus pacientes e favorecer a promoção/ prevenção de saúde da comunidade em que atuo.

#### **4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO**

A visita domiciliar é um conjugado de ações de saúde voltadas para o atendimento, seja ele assistencial ou educativo. É uma dinâmica utilizada nos programas de atenção à saúde, visto que acontecem no domicílio da família. Através dessa estratégia é possível conhecer o ambiente familiar e as micro-áreas de moradia dos usuários do centro de saúde, ampliando o nível de informações e conhecimentos relativos ao autocuidado, ao uso dos recursos sociais, à ação política em saúde ou, ainda, como atitude complementar às ações de vigilância em saúde (AZEREDO, 2007).

Na unidade de saúde em que fui alocada as visitas domiciliares ocorrem semanalmente, na sexta-feira pela manhã. A necessidade de visita domiciliar é ditada pelos agentes comunitários de saúde, eles ditam os pacientes que necessitam e agendam as visitas. Geralmente os pacientes que se beneficiam dessa assistência são os idosos com dificuldade de deambulação, portadores de patologia mental (paralisia cerebral, seqüela de AVC, doença de Alzheimer), entre outros. Geralmente, a enfermeira, a técnica de enfermagem e o agente de saúde me acompanham durante as visitas. Sempre procuramos realizar essa atividade em conjunto (AZEREDO, 2007).

Durante as visitas domiciliares sempre procuro avaliar a moradia, as condições socioeconômicas e o relacionamento entre os familiares. Sempre realizo a anamnese perguntando ao paciente como ele tem passado avaliando não somente as patologias físicas como também as psicológicas, o exame físico e a intervenção orientada quando necessário. No território de abrangência da minha área existem aproximadamente 10 pacientes com necessidade de visitas domiciliares.

Dentre esses estão:

- Paciente 1: Paciente de 38 anos que sofreu traumatismo de coluna medular após mergulho em área rasa há aproximadamente 10 anos. As intervenções foram precoces (acompanhamento no SARA) e ele já conseguiu recuperar

alguns movimentos como o de flexão de membros superiores. Quando o paciente apresentou a lesão cervical a sua esposa abandonou o mesmo com os dois filhos. Por muita sorte do paciente a sua irmã solteira assumiu a família e cuida dele com muita dedicação e carinho;

- Paciente 2: Paciente masculino, 70 anos, portador de neoplasia prostática com metástases ósseas e pulmonares, se encontra em tratamento paliativo. Necessidade de administração esporádica de medicações injetáveis para dor. Em uso de analgesia com tramal, porém apresenta episódios esporádicos de dores fortes. Necessita de avaliações a cada 7 - 15 dias. Ele está muito debilitado e a família o culpa demais pela doença pois há 30 anos atrás ele abandonou a esposa e os filhos para viver uma aventura amorosa e voltou há menos de um ano com a neoplasia bastante avançada. A esposa fala que a doença é castigo de Deus q o paciente se sente muito mal por isso. Como ela é bastante religiosa sempre tento conversar na linguagem dela e oriento que cuide dele por Deus. Os conselhos parecem vir surtindo efeito pois nas ultimas visitas o paciente me parece estar mais contente;
- Paciente 3: Idosa, 82 anos, com dificuldade de deambulação, possui HAS e DM tipo 2 controlada com medicações orais. Apresenta bom controle da doença. Necessita de avaliações mensais. Sempre realizamos o exame físico e damos orientações quando necessário;
- Paciente 4: Idoso, 91 anos, apresenta hipertensão arterial sistêmica, miocardiopatia hipertrófica de etiologia desconhecida e é sequelado de AVC isquêmico. Paciente bastante difícil de relacionamento familiar pois era bastante ativo e os vizinhos falam que ela era muito cruel, ignorante e até agredia fisicamente a mulher. Trabalhava em um engenho onde existia trabalho escravo e lidava diretamente com essa população dando chibatadas e torturando os seus súditos. A esposa é bastante atenciosa e cuidadosa com ele, porém ele agride verbalmente a mesma que também necessita de avaliação psicológica por tudo que já passou. Sempre tento conversar com ele e já prescrevi um ansiolítico porém me parece que esse é um traço da sua personalidade e o tratamento não parece fazer diferença no seu comportamento.



As visitas ocorrem a cada 30 dias pois o paciente é bem controlado das suas doenças físicas;

- Paciente 5: Idosa, 71 anos, portadora de hipertensão portal com varizes de esôfago. Já apresentou dois quadros de hemorragia digestiva alta, porém há um ano não apresenta complicações;
- Paciente 6: 65 anos, masculino, diabético e hipertenso descontrolado, já amputou perna direita por lesão com difícil cicatrização devido a DM e vem apresentando dor em perna esquerda. Não adere ao tratamento, não toma as medicações e todas as vezes que chego em seu domicílio está comendo rabada/ carne frita/ farinha/ cuscuz. Oriento bastante sobre a necessidade de usar as medicações porém ele é bastante teimoso. As visitas ocorrem mensalmente devido a péssima recepção do paciente ao nosso serviço;
- Paciente 7: Criança, 8 anos, portadora de paralisia cerebral por hipóxia cerebral devido a trabalho de parto prolongado. A família cuida muito bem do paciente. A mãe vive para essa criança e leva ele ao psiquiatra, fisioterapeuta, oferece as medicações corretamente e nutre bastante carinho pela criança. As visitas ocorrem mensalmente.

Esses são os pacientes crônicos que necessitam de visita crônica rotineiramente. Porém sempre fazemos as visitas puerperais quando as mulheres estão no pós-parto. As visitas de vigilância epidemiológica são realizadas quando existe alguma notificação de casos de doenças infecciosas ou investigação de óbito. Há 6 meses tivemos uma notificação de microcefalia em recém-nascido, foi agendada a visita para a mesma semana. As visitas domiciliares são uma prática bastante eficaz no tratamento desses pacientes que não podem comparecer para atendimento médico no posto de saúde.

## 5. ATIVIDADE REFLEXIVA

O curso de saúde da família oferecido pelo UNA-SUS me fez ter uma visão bastante diferenciada a respeito da saúde da família. A especialização foca bastante na importância dessa área da medicina que sempre foi desvalorizada, mas graças ao engajo de muitos profissionais vem modificando bastante a maneira de se ver as doenças. Já diziam os antigos que o melhor remédio é a prevenção. Não entendo porque o Brasil demorou tanto para entender isso que na sabedoria popular já é tido como tão certo. A saúde da família veio me mostrar que essa é a maior verdade.

As atividades preventivas e com foco na pessoa e na coletividade estão mostrando uma maneira mais barata e mais efetiva de se fazer saúde. A pós-graduação me fez ser não somente uma melhor profissional como também uma melhor pessoa.

Sai da graduação cheia de sonhos e desejos de grandes conquistas. Há quatro anos atrás entrar para a saúde da família não era o meu desejo, seria a maior tragédia que eu poderia enfrentar. Durante a graduação somos catequizados de que precisamos sair da faculdade, fazer uma residência concorrida, vestir um salto alto, uma maquiagem bem feita e ir para um consultório atender pacientes particulares que paguem um alto valor pela sua consulta. Sem recriminações aos profissionais que são dessa maneira. Mas, isso não é para todo mundo. Existem profissionais que nunca serão realizados profissionalmente dessa forma.

Esses meses pude ver pessoas tão competentes dando aulas e falando das suas paixões pela atenção primária. Me tornei uma profissional mais focada, mas preocupada e mais interessada nas pessoas. Acho muito divertido a experiência de conhecer a vida de uma pessoa, saber as causas da sua doença e ajuda-lo a resolver os seus problemas de saúde. O curso me despertou para a importância de olhar para os pacientes como um todo e não apenas como o paciente que tem determinada doença. Além disso, tecnicamente falando, o curso fez modificar algumas condutas. Aprendi mais sobre o tratamento de hipertensão, diabetes, como agir em caso de suspeita de violência doméstica, rastreamento de câncer de colo de útero, de câncer de mama, vacinação, visitas domiciliares entre outros temas bastante importante em saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEREDO, C. M. E. A. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da Visita Domiciliar no contexto do Programa Saúde da Família. *Revista Ciência Saúde Coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 12, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal. Brasília: [s.n.], 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.[S.l.]: [s.n.], v. 11, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal. Brasília: [s.n.], 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Intoxicação por Remédios: os perigos dentro de casa. Brasília: [s.n.], 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. [S.l.]: Ministério da saúde, v. 11, 2011.

PORTAL SAÚDE. Vacinação. Portal saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em: Maio 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Crianças e adolescentes seguros. São Paulo: [s.n.], 2005.

## **ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**LIGIA BARROS CAVALCANTI**

**“CRIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS CAPAZES DE MELHORAR A ADESÃO  
TERAPÊUTICA DOS PACIENTE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA ESF  
BELA VISTA.”**

**ARACAJU, 2016**

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos importantes problemas de saúde pública no Brasil, com prevalências variando de 18,3% a 40,1% em diversos estudos realizados no país, acometendo principalmente os idosos (SOUSA CA, 2008-2009). A HAS é agravada por seu diagnóstico quase sempre tardio e constitui um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (ZATTAR LC, 2013). O tratamento com medicamentos anti-hipertensivos, associado a medidas não farmacológicas, é fundamental para o controle da pressão arterial (PA) e dos riscos associados.

O tratamento não medicamentoso inclui a realização de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, principalmente com a redução do consumo de sódio e gorduras, e a cessação ou diminuição do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas (BALDISSERA VDA, 2009). O tratamento medicamentoso, quando necessário, deve ser iniciado com a menor dose possível, com o incremento gradual de doses e, por conseguinte, com a associação de novos medicamentos, quando pertinente (BALDISSERA VDA, 2009).

A efetividade do tratamento farmacológico sofre influência da adesão ao tratamento, definida como o grau de concordância entre a orientação recebida e a conduta do paciente (ARAÚJO GBS, 2006). Entretanto, a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e do controle pressórico é recorrente nos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS (GUSMÃO JL, 2009). Esta, por sua vez, pode ser influenciada por inúmeros fatores como, por exemplo, a compreensão do paciente em relação à enfermidade, dose e número de medicamentos utilizados, presença de efeitos adversos, o vínculo existente entre paciente e equipe de saúde, acesso aos serviços de saúde entre outros.

Em adição, a não adesão tem sido considerada como um dos principais fatores de descontrole da PA, representando assim uma elevação significativa do risco de eventos cardiovasculares (ZATTAR LC, 2013). A não adesão do usuário ao tratamento constitui grande desafio para implementação de novas políticas públicas,

possivelmente sendo responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez (BALDISSERA VDA, 2009). Além disso, o impacto clínico da HAS descontrolada se reflete na elevada chance do desenvolvimento de complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca (L., 2006).

A adesão ao tratamento medicamentoso pode ser realizada através de várias estratégias, utilizando-se de métodos diretos (medidas séricas do medicamento ou traçador) e indiretos, os quais são mais simples, pouco dispendiosos financeiramente e de fácil execução (controle na dispensação dos medicamentos, contagem de comprimidos, avaliação da resposta clínica por meio da aferição da PA, aplicação de questionário, informação ou relato do próprio paciente) (OBRELI-NETO PR, 2012). Por conseguinte, com o aumento da expectativa de vida da população e, conseqüente, incremento na morbimortalidade cardiovascular, a HAS requer adequado esquema terapêutico e ações que estimulem a adesão ao tratamento medicamentoso, principalmente em idosos.

Frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, a ESF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente. A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos e hipertensos. O município de Riachuelo tem uma população estimada de 8800 habitantes e possui cobertura total pela ESF, a equipe a qual pertence é responsável pela população da zona rural desse município. Na minha área de cobertura temos uma população de 2200 habitantes, sendo aproximadamente 130 hipertensos.

A maioria desses pacientes portadores de HAS não tem conhecimento sobre a importância de uma alimentação equilibrada e a prática de atividade física. Além

disso, a população do município em questão apresenta um nível social baixíssimo, sendo a maioria dos idosos hipertensos analfabetos. Diante desse quadro, percebi que existe uma grande necessidade de criar estratégias para melhorar a adesão desses pacientes ao tratamento da patologia.

## PROBLEMA

Os hipertensos da ESF Bela vista, não apresentam boa adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico da hipertensão arterial sistêmica. No município não existem nutricionistas e educadores físicos que possam orientar os pacientes quanto a necessidade de uma atividade regular e uma alimentação saudável.

Os hipertensos possuem um nível sócio- econômico e grau de escolaridade baixos, por isso a importância de esclarecimentos básicos sobre a maneira como as medicações devem ser usadas, com ilustrações, cores e associações.

## JUSTIFICATIVAS

Diante do fato de que os pacientes idosos da ESF Bela vista, não estão tendo uma boa adesão ao tratamento da sua patologia faz-se necessário uma intervenção nesse problema. Com a melhor adesão dos pacientes ao tratamento, as internações hospitalares e complicações cardiovasculares serão reduzidos melhorando a qualidade de vida dessa população.



## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Melhorar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Melhorar níveis pressóricos dos pacientes hipertensos;
- Diminuir incidência de internações hospitalares;
- Reduzir complicações microvasculares como Doença renal crônica, cegueira, amputações de MMII;
- Reduzir complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão arterial sistêmica.

## REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo <sup>15</sup>. Níveis de pressão arterial elevados estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos, associados principalmente à aterosclerose e manifestados por cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doenças vasculares renal e periférica <sup>16</sup>. Strelec <sup>16</sup> aponta que, juntamente com tabagismo, diabetes e dislipidemia, a HAS constitui um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% dos óbitos no mundo. Segundo Lessa <sup>17</sup>, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 internações/ano no Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo aproximado de 457 milhões de reais para os cofres públicos, sem incluir os gastos com procedimentos de alta complexidade.

Estudos demonstram que, para hipertensos, a taxa de abandono ao tratamento é crescente, conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>19</sup> estabeleceu que diferentes fatores podem estar associados à adesão ao tratamento de pacientes com terapias de longo prazo (doenças crônicas), incluindo o uso dos medicamentos, mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares. A literatura <sup>18</sup> nos parece unânime ao colocar como fundamental o papel da adesão no sucesso do tratamento anti-hipertensivo.

Distintos fatores podem influenciar a adesão ao tratamento:

- a) Ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico);
- b) Relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações);
- c) Concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima)
- d) Ligados ao tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos),
- e) Relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento)
- f) Relacionamento com a equipe de saúde.

## MATERIAIS E METODOS

### RECURSOS NECESSÁRIOS

Impressora	Cartolina
Cartilhas educativas	Canetas
Retroprojektor	Material Ministério da saúde

### MÉTODOS

O projeto de intervenção será realizado da seguinte forma:

- Primeiramente, será feita uma reunião com a equipe onde será informado o objetivo do projeto.
- Será dado as instruções sobre as orientações para melhor entendimento dos pacientes, no receituário será escrito os horários em que as medicações devem ser tomadas e a cor (adesivo) referente a cada medicação. A cor (adesivo) será pregado em cada cartela dispensada. Dessa maneira o paciente não precisará ser alfabetizado para saber qual medicação deve ser ingerida no respectivo horário. Ex:



- Serão marcados palestras educativas com hipertensos, onde serão dadas orientações sobre o tipo de atividade física que deverá ser realizada, os alimentos que devem ser ingeridos e aqueles que devem ser evitados.

- d) Nessas atividades educativas faremos questão de demonstrar aos pacientes o quanto a melhora clínica deles e controle adequado dos valores pressóricos são importantes para nós como ESF.
- e) Aumentaremos o vínculo com os hipertensos e eles entenderão a importância da boa adesão terapêutica.

## CRONOGRAMA

Apresentação do Projeto	OUTUBRO	NOVEM-BRO	DEZEM-BRO	JANEIRO
Planejamento/Organização da atividade por cada uma das áreas.	X			
Entrega dos convites aos pacientes pelos ACS		X		
Reuniões coletivas HAS		X		
Mudanças nas prescrições e na dispensação dos medicamentos.			X	X

## RESULTADOS ESPERADOS

Com esse projeto de intervenção é esperado que os pacientes apresentem uma maior aderência a terapêutica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO GBS, G. T. Adesão ao tratamento antihipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletrônica Enferm, Goiânia, p. 259-72, 2006.

BALDISSERA VDA, C. M. P. S. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. Rev Gaúch Enferm., Porto Alegre, p. 27-32, 2009.

GUSMÃO JL, G. G. S. G. O. K. M. J. D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertensão, Rio de Janeiro, p. 38-43, 2009.

I., L. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertensão, Rio de Janeiro, p. 39-46, 2006.

OBRELI-NETO PR, B. A. G. C. B. D. H. K. L. R. S. F. S. R. P. L. C. R. R. D. J. Métodos de avaliação da adesão à farmacoterapia. Revista Brasileira de Farmácia, Rio de Janeiro, p. 403-410, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. São Paulo: [s.n.], 2010. 1-51 p.

SOUSA CA, C. C. B. M. C. L. G. M. M. D. F. R. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, p. 270-282, 2008-2009.

SOUSA CA, C. C. B. M. C. L. G. M. M. D. F. R. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo., Cad Saúde Pública. , Rio de Janeiro, 2013.

ZATTAR LC, B. A. G. M. D. E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos do sul do Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 507-71, 2013.

ZATTAR LC, B. A. G. M. D. E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos do sul do Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 507, 2013.