MILAGROS LEYVA GONZALEZ

ESTRATÉGIAS INTERVENTIVAS PARA DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO DA UBS “LUÍZ CARLOS LEAL”. MUNICÍPIO PIRAPÓ

PIRAPÓ - RS

2017

MILAGROS LEYVA GONZALEZ

ESTRATÉGIAS INTERVENTIVAS PARA DIMINUIÇÃO DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO DA UBS "LUÍZ CARLOS LEAL". MUNICÍPIO PIRAPÓ

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: Cynthia Ramos

PIRAPÓ - RS

2017

RESUMO

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, tem alta prevalência e baixa taxa de controle. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. No município Pirapó a HAS também constitui um problema de saúde. De um total de 2757 habitantes, perto de 900 pessoas tem hipertensão arterial o que representa um 33% da população, sendo o principal motivo de consultas, a principal causa de internações hospitalares no município e a principal causa de incapacidade por sequelas das complicações. Pela repercussão negativa que a hipertensão arterial sistêmica tem sobre a saúde da população neste município se requere de ações educativas e interventivas para modificar este indicador, para que as pessoas com HAS cadastradas e acompanhadas pela Equipe de Saúde sintam-se sensibilizadas para aquisição de mudanças de comportamentos que sejam benéficas para a saúde e aumentar a adesão ao tratamento evitando graves complicações. Segundo o preconizado no caderno de atenção básica se realiza o diagnostico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. As ações de promoção e prevenção de saúde são feitas com apoio dos membros da Equipe de Saúde como Nutricionista, Educadora Física, Psicóloga e outros setores do município como o grupo AMATER. A visita domiciliar é outra estratégia que favorece a atenção á saúde, reduz o numero de internações hospitalares e o numero de atendimentos na UBS asem como oferece maior qualidade na atenção médica. O curso de Especialização em Saúde da Família ajudou na aquisição de conhecimentos que foram utilizados para lograr mudanças de estilos de vida na população que resultavam prejudiciais à saúde e fomentavam a alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como a HAS.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, Prevenção em Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 7

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 12

4. VISITA DOMICILIAR\ATIVIDADE NO DOMICILIO 15

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 19

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 22

ANEXO1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO 23

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Milagros Leyva Gonzalez, tenho 42 anos, sou graduada de Médica na faculdade de Medicina de Santiago de Cuba desde o ano 1999, sou Especialista em Medicina Geral Integral e tenho Mestrado em Assessoramento Genético, com 18 anos de experiência laboral na medicina tenho trabalhado em outros países de América do Sul como na Bolívia onde participei num programa de estudo genético á pessoas com incapacidade desde o ano 2011 até 2013. Em março de 2016 aderi ao programa Mais Médicos para o Brasil atuando na Unidade Básica de Saúde "Luiz Carlos Leal" no município Pirapó, Rio Grande do sul, município pequeno localizado ao noroeste do estado, com uma população de 2757habt, deles 777 vivem na zona urbana e 1980 na zona rural, a economia é baseada principalmente na agricultura e agropecuária, o território conta com 2 Escolas Públicas, 1 Creche, 1 Igreja Católica e varias Igrejas Evangélicas, 1 Agencia do BB, 1 área de rodeio, 2 ginásios (1 dele ao ar livre), 1 CRAS e 1 Conselho Tutelar.

Quanto à estrutura de saúde temos 1 Unidade Básica de Saúde que atende o total da população do município, está misturado o pronto atendimento com Atenção Primaria (o município não tem Hospital) os casos que requerem internação são encaminhados ao Hospital Regional, as causas de internação mais frequente são: Doenças do Aparelho Circulatório e Doenças do Aparelho Respiratório, quanto às causas de óbitos, as três mais frequentes são: Doenças Cardiovasculares, Doenças do Aparelho Respiratório e Câncer. Na Unidade de Saúde temos atualmente um total de 26 servidores, sendo a categoria com mais pessoas os Técnicos em Enfermagem , com seis pessoas, 1 Enfermeira, 2 Médicos, 1 Cirurgião Dental, 1 Auxiliar em Saúde Bucal, 1 Fisioterapeuta, 1 Psicóloga, 1 Assistente social, 1 Educadora Física e Agentes Comunitários de Saúde. As doenças mais prevalentes nos atendimentos são Hipertensão Arterial e suas complicações, Infeções Respiratórias Agudas, Doenças Osteomusculares e Diabetes Mellitus. Por ser uma população principalmente rural a maior parte das pessoas não tem acesso a redes de esgotos e agua tratada.

As duas problemáticas de saúde que incidem grandemente sobre a população nesta UBS são as que seguem: A alta incidência e prevalência de HAS e O consumo, abusivo, de ansiolíticos e antidepressivos (por o alto nível de estres na população). A HAS é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais

(1). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC) **(2)**. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório **(3)**. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados **(1,4)**.

No município Pirapó a HAS também constitui um problema de saúde, numa pesquisa feita se comprovou que a Hipertensão Arterial Sistêmica é a enfermidade que mais incide na população do Pirapó, conjuntamente com suas complicações e repercussão nos órgãos dianas (cérebro, retina, coração e rins), sendo as principais causas os inadequados hábitos alimentares e a baixa adesão ao tratamento **(5)**. De um total de 2757 habitantes, cerca de 900 pessoas tem hipertensão arterial o que representa um 33% da população, sendo o principal motivo de consultas, a principal causa de internações hospitalares no município e a principal causa de incapacidade por sequelas das complicações.

Pela repercussão negativa que a hipertensão arterial sistêmica tem sobre a saúde da população neste município se requere de ações educativas e interventivas para modificar este indicador, por isso nas atividades do Portfolio decidi trabalhar o tema sobre “Estratégias Interventivas para a Diminuição da Incidência e Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população da UBS “Luiz Carlos Leal” do Município Pirapó”, para que as pessoas com HAS cadastradas e acompanhadas pela Equipe de Saúde sintam-se sensibilizadas para aquisição de mudanças de comportamentos que sejam benéficas para a saúde e aumentar a adesão ao tratamento evitando graves complicações, tanto as agudas como as crônicas alcançando o controle dessa patologia.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Dados Gerais:

Nome: M.M.S Idade: 58 anos. Sexo: M. Raça: Branca.

Escolaridade: Ensino Meio Incompleto. Profissão: (Trabalha nos labores do campo) Estado Civil: Acompanhado.

Religião: Católico. Descendência: Alemão. Naturalidade: Cacheias\ R.S Residência Atual: Pirapó\ R.S

Primeira Consulta (18\03\2016): O paciente chega a consulta pra renovar receita de sinvastatina que toma faz mais de 6 meses, não apresenta queixa de sintomas, só dor nos joelhos as vezes. Dados de triagem: PA- 150\95 mmhg. Peso- 80 kg. Refere não ter apresentado níveis pressóricos altos em consultas anteriores, nem estar tomando outra medicação. No prontuário não esta registrada o diagnostico de Hipertensão Arterial nem registrasse cifras de PA elevadas anteriormente.

HISTORIA CLÍNICA

Anamnese: Paciente que apresenta queixa de dor nos joelhos às vezes, não outros sintomas.

Histórico Pessoal de Doenças: Dislipidemia. Histórico Familiar de Doenças:

Pai, 83 anos: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Mae, 87 anos: Hipertensão Arterial. Irmão, 62 anos: Diabetes Mellitus. Irma, 55 anos: Hipertensão arterial. Tio, 82 anos: Diabetes mellitus. Avo, falecido aos 90 anos: Hipertensão Arterial e Infarto Agudo ao Miocárdio.

Alergia Medicamentosa: Não refere.

Cirurgias: Não. Internações: Não.

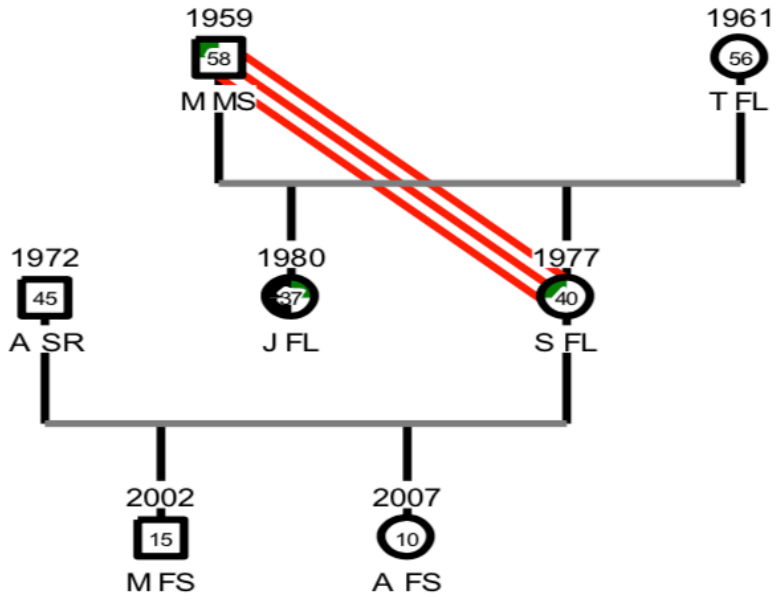
Estilo de Vida: Sedentário.

Hábitos Tóxicos: Consumo de cerveja todos os finais de semanas, Cigarro mais ou menos 10 cigarros\dia.

Consumo Habitual de Medicamentos: Sinvastatina 20 mg \ noite.

Alimentação: Comidas gordurosas, salgados, massas, carnes, poucas frutas e

Figura 1 - Genograma



Família de residência rural e condições socioeconômicas regulares, classificada como extensa, composta por: Pai MMS de 58 anos Obeso e com Dislipidemia, Mãe TFL de 56 anos sem doenças diagnosticadas, 2 Filhas JFL de 37 anos com Incapacidade Intelectual Moderada e Obesa, SFL de 40 anos Obesa, ASR Genro de 45 anos Fumador, MFS Neto de 15 anos sem doença diagnosticada e AFS Neta de 10 anos sem doença diagnosticada. Família com boas relações sociais entre os membros e uma relação fusionada entre o Pai e a Filha maior.

Exame Físico (+):

- PA: 150\95 mmhg.
- Peso: 80 kg.
- Altura: 1,59 cm.
- CA: 115 cm.
- IMC: 31.6 kg\m2 sc.
- EN: Obesidade grau I
- Hipótese Diagnostica: Obesidade Grau 1, Dislipidemia.

Conduta: Oriento mudança no estilo de vida (alimentação saudável, cessão do tabagismo e álcool e pratica de atividade física). Oriento realizar 2 medidas mais de

consulta em 15 dias.

Segunda Consulta (04\04\2016) O paciente volta à consulta com dados de medida de PA: Dia 24\03\2016 --- 150\100 mmhg. Dia 01\04\2016 150\90 mmhg. Não apresenta queixas algumas. Dados de triagem: PA – 150\100 mmhg. Peso – 80.5 kg. Refere que não consegue fazer mudança no estilo de vida que não tem tempo para pratica de exercícios físicos nem caminhadas e mantem alimentação idem além do álcool e tabagismo.

Hipótese Diagnostica: Hipertensão Arterial Estagio 1, Obesidade Grau 1, Dislipidemia.

Conduta: Explico a importância e benefícios da mudança no estilo de vida e os riscos da Hipertensão Arterial. Indico tratamento medicamentoso com hidroclorotiazida 25 mg\ dia. Indico Exames Laboratoriais (glicose, colesterol total, HDL, triglicerídeos, creatinina, urina tipo 1, dosagem de K, ECG). Encaminho ao oftalmologista para fazer fundo de olho, pois não contamos com equipamento na UBS para fazer este exame. Encaminho á nutricionista. Agendo consulta em 30 dias e medir PA cada semana em sala de enfermagem e anotar no prontuário.

Terceira Consulta (06\05\2016): Volta à consulta para avaliar exames laboratoriais e reavaliação do tratamento, não apresenta queixas, não foi à consulta com nutricionista por falta de tempo, mantem dificuldade com alimentação e pratica de exercícios físicos. Dados de triagem: PA -150\95 mmhg. Peso – 80,5 kg Exames Laboratoriais:

- Glicemia: 106 mg\dl (normal alto)
- Colesterol total: 216 mg\ dl (normal alto)
- HDL: 40mg\dl (normal)
- Triglicéridos: 186mg\dl. (normal alto)
- Creatinina: 0,9 mg\dl. (normal)
- Urina tipo 1: normal, não presença de proteinuria.
- Dosagem de potássio: 3,7mmol\l (normal)
- Fundo de olho: normal.
- ECG: Normal.

Faso o calculo de rico cardiovascular segundo escala de Fremingham = 17 pts (≥ 30%) X 1,3(IMC + 30 kg\m2 sc) = 22,1(2). Risco Cardiovascular Alto **(7)**.

Conduta: (1) Reforço importância de mudança no estilo de vida e de consulta com a nutricionista. Acrescento ao tratamento Captopril 25 mg 12\12 h. Sinvastatina 20 mg\ a noite. A.A.S 100 mg\ ao dia. Agendo consulta em 30 dias.

Quarta Consulta (03\06\2016): O paciente volta à consulta sem queixas, apresenta adesão ao tratamento, leva acompanhamento pela nutricionista e conseguiu diminuir 1 kg de peso, mas ainda mantem adesão ao cigarro. Dados de triagem: PA - 130\80 mmhg. Peso – 79,5 kg. Mantenho iguais orientações e tratamento medicamentoso. Agendo consulta em 30 dias.

Quinta Consulta (08\07\2016): Paciente assintomático, mantem adesão ao tratamento. PA – 130\80 mmhg. Peso – 79 kg. Mantenho as mesmas orientações e tratamento medicamentoso. Acompanhamento quadrimestral em consulta médica e de enfermagem.

Visitas domiciliar: Segundo o preconizado no caderno de atenção básica se realiza o diagnostico de Hipertensão Arterial Sistêmica após 3 medidas de PA elevadas em dias diferentes com 1 semana de diferencia como media entre cada um das tomadas, também preconiza que a decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando o grau de motivação da pessoa para mudar seu estilo de vida os níveis pressóricos e o risco cardiovascular**(6)**.

Pessoas com alto RCV ou níveis pressóricos no estagio 2 (PA ≥ 160\100 mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnostico para atingir a meta pressórica além da mudança de estilo de vida**(6)**.

Os diuréticos são a primeira escolha para o tratamento da Hipertensão Arterial principalmente em pessoas maiores de 55 anos ou negras em qualquer Idade e Estagio I**(6)**. A associação entre diuréticos tiazídicos e IECA (ou antagonistas de angiotensina II, ou betabloqueadores) é extremadamente racional, particularmente em relação ao sinergismo de efeito sobre o sistema renina- angiotensina-aldosterona **(6)**.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Quando cheguei a minha UBS há mais de um ano, encontrei 2 problemáticas bem preocupantes para mim na população : 1- Índice alto da Prevalência e Incidência de HTA e Diabetes Mellitus. 2-Consumo abusivo de ansiolíticos e antidepressivos.

Quando estudei as causas encontrei que o estilo de vida das pessoas condicionava o desarrolho das problemáticas mencionadas e entendi que modificar o estilo de vida diminuiria a ansiedade a qual tem repercussão orgânica provocando aumento de secreção das serotoninas (adrenalinas e noradrenalina) aumentando a vaso constrição e aumento da resistência vascular periférica causando um aumento da pressão arterial nas pessoas com predisposição genética **(8,9)**. Também os quadros de ansiedade podem levar á bulimia provocando obesidade com aumento da graça abdominal, hipertrofia das células adiposas e resistência à insulina causando Diabetes Mellitus em pessoas com predisposição genética.

Então comecei trabalhar buscando estratégias para modificar essa condição e assim diminuir a incidência e melhorar o controle destas patologias na população. Para fazer ações de promoção e prevenção de saúde busquei o apoio de outros membros da Equipe de Saúde como Nutricionista, Educadora Física, Psicóloga e também do grupo de MATER do município.

Primeiramente começamos trabalhando com o fator ansiedade e o consumo abusivo de ansiolíticos, a estratégia a tomar foi oferecer palestras em diferentes ambientes para informar a população sobre os riscos do consumo por longo período de tempo de ansiolíticos, os efeitos colaterais destes medicamentos e como substitui-los por outros produtos naturais além de algumas outras técnicas para diminuir a ansiedade, pois está demostrado que o uso de remédios naturais restabelece o equilíbrio do corpo e traz múltiplos benefícios a saúde **(10)**.

REMEDIOS NATURAIS ANSIOLÍTICOS.

- Pasiflora.
- Herbalusia.
- Valeriana.

- Albahaca.
- Tilo
- Espino blanco.
- Melisa
- Limão.
- Maracuyá.
- Menta.
- Perejil.
- Manzanilla\camomila.
- Consumo de ácidos grassos ômega 3 em sementes de chia e linhaça
- Exercícios yoga.

DICAS PARA MANTER UM SONHO MELHOR.

- Deitar todos os dias numa mesma hora.
- Dormir em quarto escuro e sem barulho.
- Desligar todos os aparelhos eletrônicos dentro do quarto antes de dormir.
- Praticar exercícios físicos ou caminhadas cada dia.
- Alimentação saudável rica em verduras e frutas.
- Não comer alimentos pesados ou com cafeína antes de dormir.
- Não tomar agua pelo menos 2 horas antes de dormir.
- Utilizar a cama só para dormir.
- Tomar um banho quente antes de dormir.
- Praticar sexo com seu parceiro antes de dormir.

Foram organizados os grupos de saúde mental “VIVA MELHOR” dirigido pela Psicóloga onde cada semana se realiza atividades como confecção de artesanatos, viagem de lazer, palestras sobre saúde mental, bailes e outras atividades. (**OUTROS ANEXOS I). F**oram organizados grupos de atividade física nas diferentes localidades do munícipio “PIRAPO EM MOVEMENTO”, por uma Educadora Física, com o qual foi incentivada a população a pratica do exercício físico. **(OUTROS ANEXOS II)** Foram

Nutricionista. **(OUTROS ANEXOS III).** Foram reforçados estes temas nas reuniões de HIPERDIA fundamentalmente o uso da medicina natural em substituição dos ansiolíticos **(OUTROS ANEXOS IV).**

As atividades tiveram boa aceitação na população, grande parte da população adulta tem participação cada semana nas diferentes atividades, porem um numero reduzido tem logrado a cessação do uso de ansiolíticos e antidepressivos outros continuam tentando, o importante é que, divagar, vamos modificando o estilo de vida da população e também a diminuição do nível de estres e ansiedade.

Estudos feitos comprovaram que há forte associação entre ansiedade e origem e progressão da hipertensão arterial e DM **(8,9)**.

Mediante literatura revisada comprovei que historicamente as plantas medicinais são importantes como fitoterápicos, estando no reino vegetal a maior contribuição de medicamentos. Pelo menos um 25% dos medicamentos modernos são derivados das prantas medicinais. Em alguns países as prantas medicinais são utilizadas na forma bruta (não processadas), como chás ou decocções, como fitoterápicos (extratos padronizados e formulados de plantas). Restaurar o equilíbrio do corpo pode ser feito usando plantas quimicamente complexas ou misturando diversas plantas diferentes a fim de maximizar um efeito sinergético ou melhorar a probabilidade de interação com um alvo molecular relevante. A Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando as prantas medicinais como importantes instrumentos da assistência farmacêutica, por meio de vários comunicados e resoluções, expressa sua posição a respeito da necessidade de valorizar a sua utilização no âmbito sanitário. **(10)**.

4. VISITA DOMICILIAR\ATIVIDADE NO DOMICILIO

As visitas domiciliares são importantes instrumentos utilizados na atenção primaria de saúde porque favorecem uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro), as relações familiares e comunitárias, situação epidemiológica, condições de saúde, etc. fazendo com que a partir deste conhecimento da realidade do usuário tenhamos mais elementos para buscar o alargamento dos direitos sociais que podem ser acessados por estas pessoas, deste modo, a visita domiciliar é uma estratégia transversal na área da saúde da população, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações e vulnerabilidade e, de certa forma, incorporando a participação e controle social na gestão de politicas publica.

A visita domiciliar favorece a atenção á saúde, pois além de brindar o serviço de saúde diretamente nas casas daquelas pessoas com limitações para chegarem até instituições de saúde reduz o numero de internações hospitalares e o numero de atendimentos na UBS assem como maior qualidade na atenção médica. Para o PSF a visita domiciliar é como uma tecnologia de interação no cuidado a saúde **(11)**, é um instrumento de intervenção utilizado pelas ESF para conhecer a realidade da vida da população, favorecendo assem o estabelecimento de vinculo entre família e profissionais da saúde e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares **(12)**. Alguns pacientes, quando questionados sobre a diferenciação do atendimento na UBS e no domicilio, preferem pela assistência domiciliar por essa possibilitar uma maior vinculação com os profissionais da saúde **(13)**.

Na UBS “LuÍz Carlos Leal” do Município Pirapó\R.S as visitas domiciliar formam parte da estratégia de trabalho da ESF, temos horários fixos para a realização das mesmas (duas vezes por semana, quarta e quinta no horário da manha) o seja 8 horas por semana dedicadas as visitas domiciliar, geralmente são feitas pelo Médico e a Enfermeira, a Assistente social e Psicóloga participam sempre que é solicitada sua presença, recebemos grande apoio da Secretaria de Saúde com a transportação, pois sempre que é solicitado temos á disposição um motorista e um carro para o desarrolho dessa atividade, o horário das visitas é cumprido estritamente, não são

são feitas ações de promoção, prevenção, vigilância epidemiológica, diagnostico, tratamento, orientação familiar, troca de receitas, reajustes de tratamentos, controle do uso de medicamentos de uso continuo, orientação nutricional, educação higiênico-sanitária, procederes como aferição da pressão arterial, glicemia capilar em diabéticos e curativos em caso de pacientes que requerem esse proceder e apresentam dificuldade para chegar até o centro de saúde. A coleta das amostras na residência do paciente para exames laboratoriais não é feita na nossa área de saúde, quando os pacientes precisam de exames tem que obrigatoriamente chegar até o local de coleta, nosso município não tem laboratório clínico dependemos de um laboratório fora.

Durante as visitas não só avaliamos os pacientes com doenças crônicas também aproveitamos e prestamos atenção para os cuidadores que por dedicar o seu tempo todo ao cuidado do enfermo não dedicam tempo para atender sua própria saúde quanto física quanto mental, brindamos apoio psicológico, orientações e todo tipo de atenção à saúde que precisarem naquele momento. As visitas em caso de pacientes com doenças agudas não são frequentes, pois o transporte pela Secretaria de Saúde só esta disponível no horário planejado e os pacientes estão acostumado ir ao posto de saúde em caso de doenças agudas e não solicitam a presença do médico nas casas nessas situações.

Agora bem não tudo é tão bom com o desarrolho dessa atividade, em nossa UBS temos também muitas dificuldades que devem ser superadas e fatores que atentam contra a boa qualidade desta ferramenta de trabalho, o primer deles é o não planejamento das visitas domiciliares, acontece que as visitas não são planejadas senão conforme a demanda dos pacientes, familiares, ACS(s), Enfermeiras ou Médicos; geralmente o dia anterior ou momentos antes de sair é definido os pacientes á visitar e quase sempre são visitados os mesmos sem justificação médica só porque foi solicitado por eles, seus familiares ou ACS(s), o seja a atividade das visitas domiciliar na nossa ESF não está baseada no principio ético da equidade, por outra parte temos dias de fazer duas visitas e outros de fazer até cinco, o numero delas por turno de trabalho não estão regulamentado.

Um segundo fator que obstaculiza é que as visitas são feitas só pelo Médico, Enfermeira e quando é preciso Assistente Social e Psicóloga, os Agentes Comunitários de Saúde nunca participam conosco, favorece que os motoristas conhecem bem os endereços dos pacientes por ser um território pequeno, mas em

não conhecemos na sua totalidade os problemas de saúde nesse domicilio e então temos que começar desde cero no momento da visita em tanto com a presença do ACS que deve ter pleno conhecimento do núcleo familiar seria mais fácil o trabalho. Também não contamos com a possibilidade de que outros profissionais da equipe como Nutricionistas, Fisioterapeutas, Cirurgião Dental participem das visitas.

As visitas domiciliar neste município se bem não cumpre com o principio ético do SUS da equidade (atender a todos por igual prestando mais atenção a quem mais precisa) se cumpre com os princípios da universalidade, e a integralidade e ajuda á diminuir as consultas por demanda espontânea na UBS e as internações hospitalares asem como ajuda fazer orientação familiar e comunitária e desarrolhar ações de promoção e prevenção de saúde com vista melhorar a qualidade de vida da população do território adscrito a nossa área de abrangência.

Temos como tarefa na nossa ESF trabalhar no aperfeiçoamento da visita domiciliar, planejar, organizar e integrar a toda a ESF nesta tarefa.

RELATO DE VISITA DOMICILIAR

Realizo visita domiciliar em conjunto com a Enfermeira da ESF, a vivenda encravada em zona rural, núcleo familiar formado por 4 pessoas: a senhora IRM de 46 anos com Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial, nível educacional ensino meio, o senhor ADS de 56 anos sem histórico de doenças, nível educacional ensino primário, a filha AR de 16 anos, sem histórico de doenças, cursa ensino meio, filho LR de 5 anos com Paralisia Cerebral Infantil, o paciente alvo é a senhora IRM. Ao chegar ao domicilio às 9.00 horas fomos recebidas pela filha que se encontrava na sala da casa mexendo o seu celular, a mãe se encontrava na cozinha preparando alimentos e lavando louças, o filho brincava na área aberta da casa com um cachorrinho e o pai não estava em casa se encontrava trabalhando nos labores do campo, pudemos perceber que as condições higiênicas na casa não são boas, a casa toda bagunçada, pedaços de pão e bolachas no chão, a roupa do filho suja de terra e presença de vectores como moscas.

Depois de ser cumprimentadas passamos mais ou menos 10 minutos estabelecendo rapo com a família, explicando o motivo da nossa visita (conhecer o estado de saúde da IRM, supervisar o uso dos medicamentos prescritos e realizar

necessidades e preocupações da família para, se possível for, encaminhar para dar solução aos problemas identificados), ao medir PA: 170\100mmhg, glicemia periférica: 230mg\dl, a paciente referiu que não tenha tomado seus medicamentos ainda por falta de tempo nem tenha tomado o café de manha, pois eram muitos os serviços que tenha que fazer, (captopril 50mg 8\8h, atenolol 50mg\dia, metformina 500mg\dia, glibenclamida 5mg\3v\dia); passamos a explicar a importância e a necessidade de fazer o tratamento adequado e o risco de possíveis complicações ao não manter controlada suas doenças com a realização inadequada do tratamento e alimentação não balanceada, orientamos tomar sua medicação nesse momento.

A senhora IRM começou chorar e explicou que não tenha apoio familiar, sua filha só ficava no internet quando não estava fora de casa, não queria cooperar com os serviços de casa, o filho requer de muita atenção por sua condição e seu marido só chegava à casa a pedir comida, renhir e fazer critica todo aquilo era demais para ela e precisava de ajuda. Brindamos apoio psicológico, fizemos nesse momento tipo uma dinâmica familiar entre mãe e filha; não conseguimos contatar com o senhor ADS, mas concordamos fazer uma nova visita no momento em que ele estivesse presente em casa, também concordamos em marcar consulta com a Psicóloga para começar seções de terapia familiar.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A Atenção Primaria de Saúde, porta de entrada dos serviços de saúde, aceso de primer contato é o primer nível com os que os indivíduos interagem na atenção a saúde dai a importância de que a atenção neste nível seja integral e de alta qualidade, pois segundo os serviços prestados neste nível pelos profissionais será o critério que tenha a população do sistema de saúde e também a qualidade de vida da população e o fluxo dos indivíduos até os níveis de meia e alta complexidade. Justificada esta então a importância da necessidade do crescimento dos profissionais do Sistema de Atenção Primaria a traves dos cursos de especialização oferecidos pelo SUS.

O curso de Especialização em Saúde da Família serve-me para enriquecer meus conhecimentos profissionais asem como teme ajudado na minha caminhada e no meu desempenho como Médico da Atenção Primaria no Brasil. No meu caso que venho de um País com costumes, estilo de vida, cultura, sistema de saúde e politicas diferentes o curso contribui-o para me adaptação ao meio de trabalho e social em que venho desempenhando-me há pouco mais de um ano.

Cada temática estudada me aportou conhecimentos novos, mas só vou fazer referencia aqueles que foram mais relevantes para me.

Relativo ao Eixo 1 aprendi a importância do uso e correto preenchimento dos prontuários, quando comecei trabalhar na UBS “Luiz Carlos Leal” do Município Pirapó, eu percebi que os prontuários não tenham registrado o histórico dos pacientes e resultava difícil conhecer em cada novo paciente os diagnósticos e tratamentos feitos anteriormente, as consultas realizadas em outros níveis de atenção a saúde e qualquer outro dado, o seja nenhum dado de inteires estava reflexado nos prontuários, então comecei a tarefa de organizar cada um deles à medida que realizava as consultas a pacientes e famílias, hoje é fácil encontrar os dados dos pacientes nos prontuários desde dados pessoais até o Genograma familiar e tudo mais.

Outra dificuldade encontrada e que foi corregida depois das aulas de Epidemiologia, foi o preenchimento das fichas epidemiológicas para doenças de declaração compulsórias, nesta UBS nunca realizavam o preenchimento das fichas, depois de tomar as aulas me reuni com a responsável de epidemiologia na UBS e expliquei para ela a importância e a necessidade deste ato e concordamos a partir

relação ao encaminhamento dos pacientes sofri muito os primeiros meses de trabalho, pois encaminhava um paciente para nível secundário ou terciário e nunca conseguia saber as avaliações feitas pelos médicos nesses níveis, não foi até que recebi as aulas de Atenção Primaria de Saúde onde aprendi os atributos da APS e entre eles a coordenação dos serviços e a importância da referencia e contra referência, então comecei a preencher as fichas de referencia e contra referência para os pacientes encaminhados recebendo em muitas oportunidades à contra referência dos médicos dos outros níveis.

E finalmente neste Eixo aprendi como utilizar as tecnologias informáticas como ferramenta de trabalho em saúde, por exemplo, confecção do Genograma utilizando o Geno-Pro e o trabalho em Georreferenciamento e territorialização utilizando o Gogle Earth, ferramentas que facilitam e fazem mais ágil o trabalho.

Relativo ao Eixo 2 foi de extrema relevância para me as aulas sobre preenchimento do CAT, inicialmente eu não conhecia que era o CAT nem as regulamentações para o preenchimento dele, quando algum paciente precisava eu encaminhava com outro médico para dar solução ao problema o qual provocava incomodo para os pacientes, depois de receber as aulas e realizar as atividades de preenchimento do CAT todo foi diferente e além de adquirir o conhecimento consegui orientar melhor e dar um melhor serviço aos pacientes que precisavam. Também as aulas de procederes em APS foram de grande inteires para me, pois consegui aperfeiçoar as técnicas para a realização de procederes como acantoplastia, exérese de lipomas e cistos sebáceos. A conduta no diagnostico, tratamento e seguimento de pacientes com Hipertensão Arterial foi outro tema aperfeiçoado com as aulas de DCNT e casos complexos, inicialmente eu prescrevia o tratamento anti-hipertensiv medicamentoso aos pacientes sem primeiramente fazer as três tomas de pressão arterial com sete dias entre uma e outra e sem experimentar inicialmente o tratamento higiênico dietético assem como não realizava o calculo do fator de risco, porem conhecia que era o estabelecido por protocolos, mas não aplicava na pratica, com as aulas aprendi a importância destas condutas e como utiliza-las na minha pratica diária.

Ao inicio do meu trabalho nesta UBS eu percebe que o consumo de ansiolíticos era elevado na população, então trazei estratégias para diminuir o consumo destes medicamentos, em alguns pacientes resultou, mas em outros não, depois de assistir

recebidas no curso para este tema y os resultados foram melhores. Finalmente a aula de doenças parasitaria foram bem importantes para o enriquecimento do meu acervo profissional, pois nelas recapitulei doenças que no meu País (Cuba) não existem porque foram erradicadas totalmente ou simplesmente não existe mais porem no meu cotidiano aqui em Brasil são muito frequentes pelo que precisava destes estudos para um melhor diagnostico e tratamento das mesmas, exemplo: Larva Migrans, Tungiase e Miase.

Em sentido geral cresci como Médico, como pessoa e a qualidade da atenção à população evidentemente foi superada graças ao conhecimento obtido. Avalio meu desempenho como satisfatório neste período de trabalho na UBS “Luiz Carlos Leal” por ter contribuído com a melhora de alguns indicadores de saúde na nossa área de atenção e ter ajudado na mudança de estilos de vida na população que resultavam prejudiciais à saúde e fomentavam a alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Hoje temos na nossa área uma população mais preparada com mais conhecimento e tentando manter um estilo de vida mais saudável assem como temos um melhor controle das DCNT e maior adesão ao tratamento por parte dos pacientes e também uma diminuição pequena, mas significativa do consumo de ansiolíticos, tudo isto graças ao trabalho realizado pelo ESF guiado pelas aulas de Especialização em Saúde da Família.

.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1-48.
- Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card 2008; 91(1): 31- 35.
- Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337-362.
- Documento do Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não-trasmissíveis no Brasil. Relatório No 32576-BR. 15 de novembro de 2005.
- Plano Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Pirapó. R.S, 2014 - 2016.
- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica \ Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério de Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, No. 37).
- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica \ Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério de Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, No. 37).
- J. bras. psiquiatr. vol.58 no.2 Rio de Janeiro 2009. Rev Latino-am Enfermagem 2001 maio; 9(3)58-63.
- Práticas Integrativas e Complementares: Plantas Medicinais e Fitoterapia na Atenção Básica\ Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério de Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, No. 31).
- Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev Bras Enferm 2007; 6:659-64.
- Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto & Contexto Enferm 2006; 4:645-53.
- Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: Contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. p. 87-117.

ANEXO1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO

MILAGROS LEYVA GONZALEZ

HIPERTENSÃO ARTERIAL. ADESÃO AO TRATAMENTO E MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA. ESTRATÊGIA DE INTERVENÇÃO TERAPÉUTICA.

PIRAPÓ - RS

2017

1. INTRODUCÃO

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, tem alta prevalência e baixa taxa de controle (1). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC) (4). No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (2). As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (1,3).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (4,5). Considerando-se valores de PA $\geq$ 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (4,5).

No município Pirapó a HAS também constitui um problema de saúde, numa pesquisa feita se comprovou que a hipertensão arterial sistêmica é a enfermidade que mais incide na população do Pirapó, conjuntamente com suas complicações e repercussão nos órgãos dianas (cérebro, retina, coração e rins), sendo as principais causas os inadequados hábitos alimentares e a baixa adesão ao tratamento (21). De um total de 2757 habitantes, perto de 900 pessoas tem hipertensão arterial o que representa um 33% da população.

Assim considera-se imprescindível uma atuação ativa para melhorar os inadequados hábitos alimentares dos pacientes hipertensos e a adesão ao tratamento para reduzir a descompensação da doença e suas complicações. Propõe-se uma intervenção educativa onde iremos desenvolver ações para que as pessoas com Hipertensão Arterial, cadastradas e acompanhadas pela Equipe de Saúde sintam-se sensibilizadas para aquisição de mudanças de comportamentos que sejam benéficas para a saúde e aumentar a adesão ao tratamento evitando graves complicações, tanto agudas como crônicas alcançando o controle dessa patologia.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a atenção á saúde dos usuários hipertensos da Unidade Básica de Saúde “Luiz Carlos Leal” no município Pirapó.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e estilos de vida inadequados.
- Desenvolver ações educativas com os hipertensos para melhorar a adesão ao tratamento e orientar estilos de vida adequados.
- Aumentar o nível de conhecimento dos portadores de HAS sobre a patologia e os agravos que os acometem.
- Ampliar cobertura.
- Melhorar a qualidade da atenção ao hipertenso.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial

A HAS é uma doença poligênica e multifatorial, que pode causar lesão nos chamados órgãos-alvo. É considerado um problema de Saúde Pública e apresenta custos elevados, em função das suas complicações; com alta prevalência na população adulta atendida na atenção primária é um fator de risco e uma doença associada a padrões alimentares inadequados, diminuição da atividade física e outros hábitos tóxicos. Hoje sabemos que as maiorias das pessoas que morrem de eventos cerebrovasculares e cardiovasculares são Hipertensas. (6,7)

O diagnóstico da hipertensão arterial é realizado por meio da medida da pressão arterial com aparelhos de coluna de mercúrio, aparelhos automáticos ou aparelhos semiautomáticos, denominados Esfigmomanômetro. E caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo para adultos a seguinte medida de PA: ≥ 140 mmHg de pressão sistólica e ≥ 90 mmHg de pressão diastólica. (8)

A relevância da hipertensão arterial (HA) como importante fator de risco cardiovascular (FRCV), sua alta prevalência mundial e o aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais ou não fatais, quando a ela estão associados outros fatores de risco, se torna muito importante o conhecimento de sua ocorrência nacional e regional, assim como a correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios. (9,10)

A Hipertensão é um dos principais problemas de saúde da medicina contemporânea em países desenvolvidos, é a pedra angular sobre a qual devemos agir para diminuir significativamente a morbidade por cardiopatia coronaria, doenças cerebrovasculares e renal. (11)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no mundo em mais de 900 milhões de pessoas a pressão arterial encontra-se acima do que é agora considerado normal. (12,13) A Hipertensão Arterial atinge 23,3% dos brasileiros, segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde. A proporção de brasileiros diagnosticados com Hipertensão Arterial, de acordo com o levantamento, aumentou nos últimos anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Em 2009, a proporção foi de 24,4%. (14) Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da

exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população. Adicione-se a isso a baixa frequência à prática de atividade física, que também contribui no delineamento desse quadro. (15,16)

O reconhecimento de que a modificação dos hábitos de vida com a prevenção do aparecimento dos fatores de risco (FR) e o tratamento adequado de desvios da normalidade quando estabelecidos (HA, obesidade, sedentarismo, dislipidemias, dentre outros) modificam a história evolutiva desses agravos tornando ainda mais estratégico o conhecimento de sua prevalência. (17, 18,19)

O controle dos níveis pressóricos dos pacientes com hipertensão arterial é complexo pela falta de adesão ao tratamento e pelo estilo de vida inadequado. É a APS a responsável através da Equipe de Saúde planejar atividades de educação em saúde onde promova o conhecimento da enfermidade e a estimulação à adesão ao tratamento com abordagem integral, realizando uma atenção e acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar o que ajuda as mudanças do comportamento que tem os indivíduos, melhorando a qualidade de vida. (20)

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Cenários do Estudo: O Projeto de Intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde “Luiz Carlos Leal” no município Pirapó.

Sujeitos da Intervenção: A intervenção envolverá a totalidade dos adultos hipertensos cadastrados e acompanhados pela Equipe de Saúde com dificuldades no controle da doença por falta de adesão ao tratamento ou hábitos de vida inadequados e que tenham disposição de participar na intervenção educativa.

A equipe envolvida estará composta por a Médica, uma Psicóloga, um Enfermeiro, uma Educadora Física, uma Nutricionista, as Técnicas em Enfermagem e as Agentes Comunitárias de Saúde.

Estratégias e Ações:

Etapa 1: Inicialmente será necessária a identificação da população com Hipertensão Arterial e dificuldade na adesão ao tratamento ou estilos de vida inadequados, cadastrados na Unidade Básica de Saúde. As visitas domiciliares, consultas, entrevista individual e observação dos prontuários serão as práticas para obter os dados e as informações necessárias.

Etapa 2: Os pacientes hipertensos selecionados que aceitem participar do projeto serão convocados por micro áreas para uma reunião com os membros da equipe para informar sobre os objetivos do projeto, a importância e os benefícios que pode trazer para eles.

Etapa 3: Vai se realizar por sessões de trabalho e vai se aplicar uma série de ações onde os pacientes vão estar diretamente inseridos como: busca ativa de sintomas e sinais de não controle de Pressão Arterial, apoio psicológico, motivação para melhorar seus hábitos de vida como uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. Os pacientes se organizaram em turmas para a realização das atividades que serão com uma frequência semanal e onde se abordaram aspectos essências da doença (fatores de risco, principais complicações, prevenção, tratamento farmacológico e não farmacológico). Nesta etapa vai se aplicar técnicas de educação em saúde.

Avaliação e Monitoramento:

Avaliar a adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida e se qualificar em Alta se se acrescentar-se mais do10%, Media se cresce entre 5 e 9% e Baixa se fica abaixo de 5% dos pacientes.

Durante cada encontro semanal os pacientes serão estimulados a testemunhar suas experiências vividas durante a semana anterior, os aspectos positivos e negativos, opiniões sobre as palestras recebidas para fazer adequações se necessário.

Manter o trabalho da equipe na comunidade durante as visitas domiciliares para lograr uma ótima inserção da família no projeto e conscientizando ao paciente na manutenção das orientações recebidas para garantir resultados satisfatórios.

5. RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar o 100% dos pacientes hipertensos com dificuldades na adesão ao tratamento e estilos de vida inadequados que impedem o controle da doença.
- Preparo dos pacientes por meio da intervenção educativa, lograr que adquirem conhecimentos sobre sua enfermidade o qual potencializa mudanças e atitudes positivas para enfrentar a mesma.
- Espera-se um melhor bem-estar das pessoas associada à melhora da qualidade de vida.
- Redução das taxas de morbidade e mortalidade provocada por esta doença.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaboração o Projeto	X								
Aprovação o Projeto		X							
Estudo Literatura	X	X	X	X	X	X			
Coleta de Dados		X	X	X	X	X			
Discussão Análise dos Resultados									
Revisão Final e Digitação								X	
Entrega do Trabalho Final								X	
Socialização o Trabalho									X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1-48.
- Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337-362.
- Documento do Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não-transmissíveis no Brasil. Relatório No 32576-BR. 15 de novembro de 2005.
- Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card 2008; 91(1): 31-35.
- Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card 2009; 93(6): 672-678.
- Costa AR. Tratamento da hipertensão arterial sistêmica: prevenção de acidente vascular cerebral e insuficiência coronariana. In: Barreto ACP, Santello JL. Manual de hipertensão – Entre a evidência e a prática clínica. São Paulo, Lemos Editorial; 2002. p. 149-68.
- Weinstock RS, Dai H, Wadden T. Diet and exercise in the treatment of obesity.Effects of three interventions on insulin resistance. Arch Int Med. 1998 158: 2477- 83.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(supl1): 1-51.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004; (supl.4):1-40.
- Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella E, Sorlie P. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. A Rising Tide. Hypertension. 2004; 44: 398-404.
- ABC.MED.BR,2008.HipertensãoArterial.em:<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>. Acesso em: 1 nov. 2014.
- Altorf W, Kuil VD, Engberink MF, Brink EJ, Baak MAV, Bakker SJL, et al. Dietary protein and blood pressure: a systematic review. PLoS ONE 2010, 5(8): e 12-102.
- Myers MH, Champagne CM. Nutritional effects on blood pressure. Curr Opin Lipidol. 2007; 18:20-24.
- Neal B, MacMahon S, Chapman N. Blood pressure lowering treatment trialist's collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed. Lancet. 2000;356(9246):1955-64.
- Coitinho DC, Leão MM, Recine E, Sichieri R. Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos:Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN/Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; 1991.
- Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. Arq Bras Endocrinol

- Teodósio MR, Freitas CLC, Santos NRV, Oliveira ECM. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – Brasil. Rev Assoc Med Bras. 2004; 50(2): 158-62.
- Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB; for the TONE Collaborative Research Group. Sodium Reduction and Weight Loss in the Treatement of Hypertension in Older Persons. A Randomized Controlled Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). JAMA. 1998; 279:839-46.
- World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: Report; 1997.
- Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Rev enferm UERJ. 2012; 20:67-72.
- Plano Municipal de Saúde, Pirapó. 2014.
- Duenas Herrera, A. La hipertensión arterial. Rev cubana med, Ciudad de la Habana, v. 50, n. 3, sept. 2011. Disponível em:
- <Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2014.
- Mion D Jr, Gomes MA, Fernando N e col. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004;82(supl 4):1-14.17.Vasan RS, Beiser A, Seshadri S et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the framingham heart study. JAMA. 2002; 287(8):1003-10.
- Wilson PW. Established risk factors and coronary artery disease: the framingham study. Am J Hypertens. 1994; 7(7 Pt 2):7S-12S.
- Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. The progression from hypertension to congestive heart failure. JAMA. 1996; 275(20):1557-62.
- Curto S, Prats O, Ayeteran R. Factores de riesgo de HTA. Rev Med Uruguay**.** v. 20. 2007; p**.** 76-81.

ANEXOS

Questionário:

O que você aprendeu sobre Hipertensão Arterial Sistêmica?

Quais são os benefícios em controlar a Hipertensão Arterial Sistêmica?

Sua participação em nossos encontros contribuiu para:

Lograr o controle da sua Pressão Arterial. Não:_____

Sim:

___

Lograr adesão ao tratamento.

Não:

___

Sim:__

Quais mudanças no seu estilo de vida você fez após nossos encontros que podem ajudar a manter controlada sua pressão arterial e lograr adesão ao tratamento.

OUTROS ANEXOS

Atividades de Saúde Mental

Atividades de Exercício Físico

Atividades Sobre Nutrição

Temas Sobre Medicina Natural