



**YADIER HERNANDEZ BATISTA**

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR OS CASOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
COMUNIDADE DA CANP**

**PARÁ.PA  
2016**



**YADIER HERNANDEZ BATISTA**

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR OS CASOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
COMUNIDADE DA CANP**

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: ROMÊNIA SOUZA

**PARÁ.PA**

2016

## RESUMO

Concluiu-se que a partir da elaboração deste trabalho e a elaboração do plano de ação sobre as estratégias educativas para orientação sobre fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica na área da Canp foi extremamente importante para executar ações pela equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros, visando atingir o objetivo final dentro dos prazos estabelecidos, pois a Hipertensão Arterial Sistêmica representa um grave problema de saúde. Isso não se deve apenas à elevada prevalência, mas também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e tratados inadequadamente, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. Por ser uma causa relevante de mortalidade, a hipertensão arterial vem exigindo de todos os profissionais na área de saúde, incluindo os enfermeiros y agentes de saúde a identificação dos fatores de risco para minimizar a incidência do problema. Vale ressaltar que a não adesão do paciente ao tratamento e o desconhecimento dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica tem constituído como um grande desafio para os profissionais de saúde envolvidos, demonstrando-se a necessidade da implementação e execução de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo à promoção de saúde e prevenção da doença.

**Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, Promoção da saúde, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>8</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>10</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR</b>	<b>12</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>16</b>
<b>REFÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O meu nome é Yadier Hernández Batista. Sou médico formado e especializada em Medicina Geral Integral á 4 anos. Eu vim para o Brasil em janeiro de 2016. No março iniciei meu trabalho Unidade Básica de Saúde na Canp, na comunidade do mesmo nome, do município Monte Alegre, estado do Pará. A comunidade encontra-se no interior, a uns 20 km da cidade de Monte Alegre, com uma população cadastrada de 2259 pessoas, 1245 do sexo feminino e 1014 do sexo masculino. E uma comunidade rural onde a principal fonte de trabalho radica na rosa, no cultivo da mandioca e a macaxeira para a produção de farinha e tapioca. Também temos alguns comércios pequenos que abastecem a comunidade de alimentos e outros produtos de primeira necessidade, padaria, farmacia, restaurantes. A população esta dividida em 14 micro áreas, 7 delas fora da comunidade da Canp, em ramal longe e de difícil aceso sobre todo na época de chuva. As ruas da comunidade não tem asfalto, só a rodovia principal da hidro eléctrica que vai pelo centro da mesma.

Nossa equipe encontra-se formado por uma enfermeira, gerente do posto, dois técnicos de enfermagem, sete Agente Comunitários de Saúde, dois auxiliar geral, um auxiliar administrativo, dois motoristas da ambulância, o vigia e o médico. O trabalho da equipe é bem direcionado a dar satisfação aos princípios do SUS, bom relacionamento dos membros, boa participação nas atividades tanto individuais quanto coletivas planejadas.

Na comunidade contamos com uma escola de ensino fundamental e uma de ensino meio, onde realizamos atividades educativas, com a colaboração da direção e os professores. Além disso temos duas igrejas que colaboram com o nosso trabalho fundamentalmente educativo. As principais doenças são as infeções respiratórias agudas, o parasitismo intestinal, as lombalgias e sacro lombalgias pelo trabalho forte na rosa, as doenças crônicas não transmissíveis como a Diabete e Hipertensão Arterial Sistêmica, entre outras. Além disso pode se observar uma elevada incidência de fatores de risco cardiovascular que são motivo frequente de consulta como o caso das dislipidemias, obesidade, sedentarismo sintomático, fator nutricional, entre outros. Na nossa área de abrangência não temos serviço odontológico o que constitui uma

debilidade da atenção a saúde da população que precisa muito do mesmo. Estou com 13 meses de trabalho na equipe de saúde, com muita satisfação da população, e resultados favoráveis nas mudanças desejadas e melhora do nível de saúde geral da população, mais ainda temos muito trabalho pela frente.

Estudos anteriores têm demonstrado que mais do 70 % dos óbitos no Brasil foram por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dos quais mais do 80% são de causa cardiovascular, condicionado pela elevada incidência de fatores de risco para doenças cardiovasculares e a hipertensão arterial uma que tem maior prevalência. A comunidade da Canp não fica livre disso fatores de risco, muito pelo contrario é evidente a elevada incidência dos mesmos, o que me motivou para o meu projeto de intervenção como principal objetivo as mudanças dos fatores de risco da hipertensão arterial. O mesmo constará nos anexos do TCC.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A família Azevedo, envolve muitas destas doenças. Dona Benedita tem 41 anos, tem obesidade, Diabete Melito, Hipertensão Arterial, com acompanhamento cada mês no grupo de hiperdia, ela realiza o tratamento direitinho. Ela mora com o seu marido, o Seu Miguel que tem depressão crônica e transtorno da personalidade, que trabalha na rosa e o resto do tempo fica em casa sem se comunicar com vizinhos, só com a mulher. Dona Benedita tem um filho de 28 anos que mora em outra cidade e uma filha de 25 anos que mora com ela mais fica a semana toda fora de casa, pois é enfermeira num hospital regional longe de casa, só retorna final de semana.

Ela cuida dos seus pais que moram na casa do lado, são idosos deficientes. A mãe dona Raimunda de 68 anos, com deformidade da coluna total após uma queda á muitos anos que não consegui andar sozinha e precisa de ajuda, hipertensa controlada com os medicamentos. O pai seu Alcides de 76 anos, com hipertensão arterial e Diabete Melito, acamado com câncer de próstata e anemia severa, que tem acompanhamento pela equipe de saúde regularmente e pela atenção secundaria no serviço de oncologia.

Dona Benedita compareceu no ultimo mês, varias vezes ao posto, e avaliada com quadro de depressão, pois soube que o filho dela foi diagnosticado com HIV e esta recebendo acompanhamento e tratamento na cidade onde mora, e não sabe que ela conhece a situação dele. Não contou para ela para não lhe preocupar. Ela também não quer falar para ele o que sabe, e fica angustiada longe do filho, ao tempo que tem que cuidar dos pais. Também não quer contar para o seu marido pelo temor de ele piorar o seu estado psicológico. Tem choro frequente, às vezes briga com as pessoas coisa que não é habitual nela. Refere que se sente afogada com a situação do filho e não poder falar com ninguém pelo que decide abrir a conversa comigo, na procura de ajuda a sua situação.

Foi recebida pela técnica de enfermeira Maria quem fez a triagem. Peso: 91 kg, altura: 1.59 m, IMC: 36.1kg/m<sup>2</sup>, PA: 130/75 mmHg, Glicose capilar: 135 mg/dl. A enfermeira Katia aproveitou e fez coleta do preventivo. Ela esta tomando glibenclamida 5 mg antes das refeições, metformina 850 mg após do almoço, hidroclorotizida 25 mg

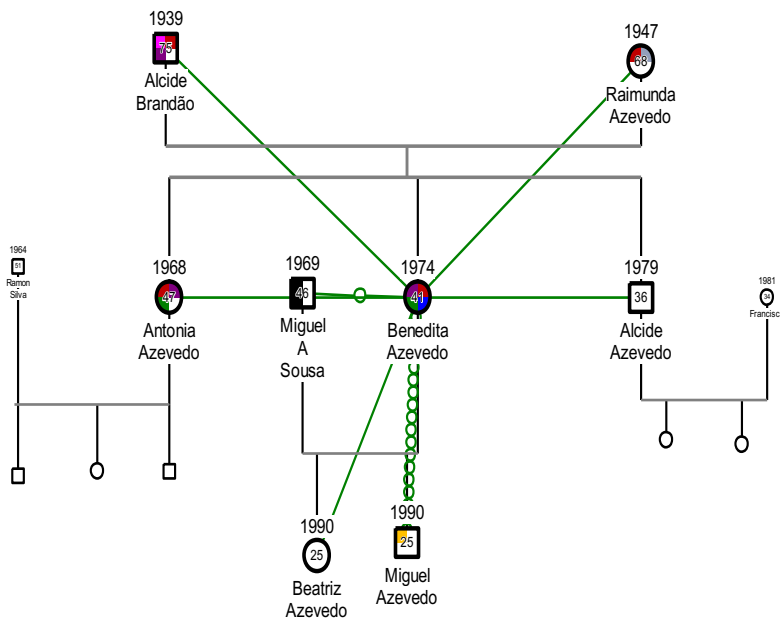


ao dia, captopril 25 mg a cada 12 horas. Logo foi encaminhada a minha consulta. Ao iniciar a conversa percebi que ela estava deprimida, pois ela gosta muito de rir. Com a cabeça baixa, olhar para o chão e lágrimas nos olhos, então contou a sua situação com o filho para mim, desde que descobriu o fato não consegui dormir direito, acorda na madrugada e não dorme mais. Foi uma consulta longa, pois teve que falar muito para ela e explicar sobre a doença do filho para lhe acalmar um pouco.

Indiquei exames e expliquei para ela a necessidade de mudar o estilo de vida, melhorar o jeito de se alimentar e fazer atividade física necessária para perder peso, também para diminuir o estresse e angústia. Indiquei aumentar a dose de metformina a um comprimido após do almoço e do jantar. Passiflora um comprimido de 12 em 12 horas. Orientei retornar em duas semanas com os resultados dos exames. Dona Benedita saiu da consulta mais acalmada.

Passada as duas semanas retornou a consulta com os resultados dos exames: glicose em jejum 114mg/dl, Hemoglobina glicosilada 7 %, Colesterol total 224 mg/dl, triglicerídeos 272 mg/dl, resto dos exames dentro da normalidade. Preventivo negativo para malignidade. Ficou pendente a mamografia, pois ainda não tinha sido agendada pelo SUS. Emagreceu dois kg nas duas semanas e refere começou fazer regime e caminhada. Sente se mais acalmada com a situação do filho, ele esta muito bem acompanhado e com o tratamento certo. Orientei manter o tratamento anterior e coloquei sinvastatina 20 mg a noite. Retornar ao grupão no seguinte mês e trazer o resultado da mamografia se tiver pronta.

Figura 1 - Genograma



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

Há quase mais de um ano e meio atuo na UBS da Canp na zona rural do Município de Monte Alegre uma das prática mais relevante que na área de Saúde Mental foi o direito aos cuidados de saúde integral. Com a ajuda da enfermeira e os tecnicos de enfermagem, comecei a fazer o registro individual dos pacientes com transtornos mentais que me procuravam para renovação dos receituários de medicamentos controlados através do preenchimento de fichas individuais de controle, similares àquelas utilizadas para pacientes hipertensos, só que em vez de colocar dados de aferição de PA, eu coloco dados de identificação, endereço, nome do agente comunitário de saúde da área, medicações utilizadas, data e quantidade de comprimidos prescritos, também se coloca as patologias apresentadas. o controle é feito desse grupo de pacientes visa identificar cada um deles, conhecê-lo em quanto ao uso da medicação e saber quando foi a sua última consulta para renovação da receita. Esses prontuarios ficam bem cuidados pela enfermeira, são organizadas em ordem alfabética numa pasta, de fácil acesso para sempre registrar estas informações.

Todos os dias de trabalho na UBS muitos pacientes tinham o hábito de não agendar as consultas para renovação de receita, pois só chegavam e pediam à recepcionista ou ao ACS de sua área para solicitar o pedido, dizendo: “É só pra o

doutor renovar a receita que não presta mais e a farmácia precisava uma receita nova”. Esse mal hábito dos pacientes quanto dos próprios profissionais do posto de saúde já estava bastante mau feito por eles, o trabalho para trocar esse costume dos pacientes ficou muito complicado e eu tive que explicar para eles que o registro das informações em prontuário médico é obrigatório, tanto nos aspectos éticos quanto legais sempre respeitando as informações do paciente.

Além disso, na consulta médica tem a oportunidade para conhecer os pacientes, identificar seus problemas de saúde e aplicar as intervenções necessárias de forma integral. Os pacientes tinham a percepção equivocada de que o médico generalista encontra-se na UBS apenas para renovar a sua receita e que o acompanhamento de seus transtornos mentais é feito exclusivamente pelo psiquiatra. Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental das UBS (CAB Nº 34, 2013) “os médicos do posto de saúde podem identificar e cuidar do transtorno mental e compartilhar com o psiquiatra os critérios e o tratamento, para assim diminuir o número necessário de visitas ao psiquiatra”. De alguma forma, esta concepção foi imposta a eles pelos médicos que trabalhavam antes que eu e se limitavam a renovar a receita controlada e negligenciavam os aspectos do cuidado dos pacientes de saúde mental na atenção primária. No princípio os pacientes ficaram desconfortáveis por ter que agendar mais um pouco nas consultas para e ter o atendimento como os demais na sala de espera. O próprio pessoal da equipe de saúde também não aceitavam bem esta prática, por parecer ser mais uma dificuldade para os pacientes. Mas os esforços em longo prazo dessa prática evidenciaram ótimos resultados na melhoria da assistência desse grupo de pessoas.

Mesmo assim, conhecendo a população em saúde mental da área onde trabalho pude implementar as seguintes ações: identificação de (hipertensos, diabéticos, obesidade) comorbidades de interesse para estudos na UBS e seus indicadores, identificação de mulheres que não fazem rastreamento com preventivo e mamografia, assim como seu tratamento, encaminhamento deles sem acompanhamento regular com os especialistas ao ano, encaminhamento para terapia com psicólogo que atende a UBS no Hospital Municipal, identificação de situações de vulnerabilidade social, conflitos

familiares e todo aquele de interesse para estudos da população em minha área de atendimento.

Conforme o CAB de Saúde Mental (2013) deve-se prover o cuidado para as comorbidades clínicas frequentes nessa população, um aspecto frequentemente negligenciado. Muitas pessoas parecem que perdem o direito aos cuidados de saúde integral em razão da esquizofrenia e da exclusão social em sua comunidade. Além disso, algumas doenças como hipertensão e diabetes, que podem agravar-se pelas medicações mais usadas no tratamento das doenças psicológicas.

#### **4. VISITA DOMICILIAR**

Na sociedade contemporânea, tem sido crescente a busca por estratégias que visem à redução de custos, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde.<sup>1</sup> Nesse contexto, a assistência prestada por meio da visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.

A (VD) tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.<sup>2</sup>

No Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. A (VD) constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época.<sup>1</sup> A (VD) vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década.<sup>3</sup>

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, <sup>4</sup> que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

Na (VD) em minha Unidade Básica de Saúde (UBS) foi feita há muito tempo um irregularmente com profissionais (ACS, médico e enfermeiro), de acordo com as necessidades das famílias que têm familiares com doenças crônicas irreversíveis. Pouco mais de um ano trabalhando no UBS e um conjunto de critérios faz com que o trabalho em equipe da unidade for alterada metodologia é aumentar o acesso e promover a igualdade de atenção. Entre as primeiras alterações no ACS para fazer um levantamento dos pacientes que necessitam de visitas domiciliares contínuas e qual não foi solicitada.

Com a ajuda desta lista, o planejamento mensal de cuidado e determinar quais pacientes serão feitos seria visitado cada quinta-feira à tarde visita na casa, de acordo com a data da última visita e atenção prioritária . Assim queixas de cuidadores que visitas demorou muito para acontecer ou que alguns recebem mais visitas do que outros, resiviran melhor atenção e reclamações sem razões que justificam ser o mínimo. Com esses avanços terá um controle para organizar e orientar os pacientes com antecedência o dia da visita. Normalmente levamos três a cinco visitas por dia cada quinta-feira à tarde por semana. No entanto, um problema que ainda

encuentramos para esta adaptação é a frequente falta de transporte para realização das visitas, pois o carro e o motorista disponibilizados pela Secretaria de Saúde também servem para apoiar outras actividades da secretaria. Assim, muitas vezes eles têm que cancelar visitas no último minuto por falta de transporte. Isso dói muito equipe de planejamento e compromete ainda mais o vínculo entre o usuário-cuidador profissional, porque perdemos credibilidade e frequência de participação.

É importante, destacar que na área da saúde há casos que precisam de avaliação dos profissionais especializados, como fisioterapeuta, nutricionista e avaliação psicólogo, mas esses profissionais não estão fazendo a visita necessária porque eles trabalham em consultas para resolver referências que fazemos dos postos de saúde, reivindicando também a falta de transporte. A má organização dos serviços e apoio logístico são fatores que limitam o acesso aos serviços de saúde para os necessitados e, ainda mais, os acamados, deficiente ou enfraquecido. Um dos maiores problemas que temos é quando precisamos encaminhar pra avaliação médica especializada fora do município, há muitas especialidades médicas que só pode ser tranferidas pelo SUS para Santarém que é o locoregional pelo atendimento especializado da região.

Em algumas (VD) as famílias relacionam algumas limitações que ir para o hospital municipal e UBS: não tem dinheiro para gastar ou ningem que acompanham o paciente. Nesses casos, eu pedir conselhos ao secretário municipal para que me apoio e expandir intervenções, de acordo com a viabilidade mais adecuada. Um aspecto muito positivo na minha performance com usuários de visitas domiciliares são casos que requerem intervenção de assistência social. Visitas em doenças agudas são raras, porque cuidadores familiares preferem levar os pacientes diretamente para o hospital, como o carro da visita não está disponível e a ambulância só pode ser solicitada para uma emergência e com causas bem justificadas.

As (VD) são realizadas juntamente com a enfermeira e o Agente Comunitario de Saúde que conhece o endereço para conhecer a situação do caso. Nas visitas eu realizo as indicações pertinentes e a terapêutica a realizar pelos cuidadores, que têm seu espaço para esclarecimentos das dúvidas em relação à conduta e outras questões. As vezes as (VD) se tornam frustrantes para nos quando percebemos que o paciente e

sua família não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de dinheiro. Em alguns casos, os familiares tenta deixar a responsabilidade do cuidado exclusivamente para a equipe de saúde.

Em cada uma das visitas deixo claro qual é o papel do profissionais e quais as nossas limitações, enfatizando que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem estar biopsicossocial do paciente. Em outros casos existem cuidadores que unificam todo o cuidado e não compartilha com os demais membros da família, em detrimento de sua própria saúde.

Procuro enfatizar a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo, pois essa atenção demanda muita energia e desprendimento de tempo dos profissionais do equipe de saúde. É preciso estar atento a esta demanda que mesmo após a morte do parente acamado pode desenvolver transtornos psiquiátricos pela não aceitação da perda ou pelas circunstâncias extremas em que ela ocorreu. Este é um fato recorrente entre os cuidadores que atendo na UBS. Temos um caso que aconteceu há pouco tempo, a senhora Esmerinda Souza, Diabética, acamada produto a um acidente vascular encefálico, os familiares dela não estavam pendente da situação de saúde e lamentavelmente faleceu no domicílio, a família ao principio não aceitavam a morte de familiar e queriam cobrar a culpa para o equipe de saúde, quando nos tínhamos feitas as visitas e deixávamos as indicações e orientações por fazer em cada uma das visita.

A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos. Quando há necessidade de exames laboratoriais, eu os solicito e o ACS pede ao técnico do laboratório que agende a coleta na residência do usuário. Essa coleta às vezes é comprometida porque o técnico que a realiza também depende da ajuda de custo para deslocamento ao domicílio e nem sempre recebe esta contrapartida da gestão. Outros exames como ECG e radiografias exigem o deslocamento dos usuários para o local de realização. Os exames são trazidos pelo ACS, então eu registro em prontuário o resultado e procedo à conduta imediata. Na próxima visita domiciliar, eu apresento o resultado dos exames ao paciente e ao familiar e reforço a orientação.

Ao modo geral, as visitas são gratificantes quando percebo que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida desta população carente de cuidados e que exige uma atenção diferenciada, e de melhor qualidade, mas voltada para suas necessidades a longo, médio e curto prazo delas doenças de cada um deles.

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

No curso de especialização eu tive um bom desempenho e aproveitamento dos conteúdos das tarefas feitas, pois em cada artigos e atividades dos módulos pude aperfeiçoar as habilidades, me atualizar sobre a prática e conhecimento dos protocolos



desenvolvidos no curso. Uma das coisas mais importantes foi em relação à mudança profissional nas questões de organização e planejamento de ações e a participação nas reuniões em equipe.

Outra importante mudança foi em relação às condutas de seguimento de pacientes com doenças crônicas como: Diabetes, hipertensão arterial, obesidade e saúde mental e a atenção na grávidas e as puericulturas. No começo de meu trabalho na UBS, há mais ou menos um ano e cinco meses, as prioridades tinham pouquíssima informação sobre os pacientes, pois a no principio não tinha enfermeiro só técnico em enfermagem só registravam a queixa principal e a conduta muito fraca pra avaliação do doente. Com o apoio da nova enfermeira que começou há mais de 7 meses logo disso passei a coletar mais dados nas consultas e a seguir o Modelo SOAP para registro das informações que consiste em avaliar a Causa Principal da consulta, História da doença atual (Subjetivo), Exame físico (Objetivo), Hipóteses diagnósticas (Avaliação) e Conduta (Plano terapêutico). Na UBS Coloca-se uma lista de problemas e a conduta para cada problema para ter o seguimento adequado do caso. Nas Consulta de atenção da Saúde da Criança é feita avaliação : nutricional, alimentar, crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e situação vacinal para anotar no cartão da criança nas consultas de puericultura para registrar os dados antropométricos nas curvas de percentis da OMS e saber a situação vacinal de os lactantes.

Deste modo, posso conhecer as alterações delas e ter a conduta adequada deles. a pouco tempo, a gestão nos entregou umas novas Cadernetas do Idoso e do Adolescente a serem entregues à população. A estratégia feita pela equipe para entrega aos idosos foi ao convocar em reuniões nos bairros com este grupo através de convite feito pelos ACS's. Na oportunidade que eu tenho nas consultas preencho os dados de medicamentos utilizados, dados antropométricos, pressão arterial e glicemia capilar precisarem se. Durante a entrega enfatizo a importância de sempre trazer a Caderneta às consultas médicas, de enfermagem e com o dentista para atualização e conhecimento da sua situação de saúde atual. Quanto às Cadernetas dos Adolescentes a estratégia foi entregar nas escolas depois de reunião com os pais e diretor para apresentação do conteúdo das cadernetas e solicitar a autorização dos mesmos para entrega. No dia da entrega eu aproveite e fiz uma palestra sobre a HPV e VIH-SIDA.

Outra mudança importante que aprendi no curso foi quanto à adoção das programações das consultas na minha agenda profissional.

Pelo momento tem reunião para Hiperdia, mas já falei para a enfermeira que eu vou organizar em minha agenda profissional o atendimento dos grupos: Saúde da mulher, do Homem, da Criança, do Idoso, pré-natal e visita domiciliar assim a população tem melhor conhecimento da importância do posto de saúde da família para dar cumprimento as doutrinas da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para cada grupo são agendadas dez consultas pelas manhã em 2da feira e 5ta feira em 3ra feira e 4ta feira são agendadas as consultas de HIPERDIA, Saúde Mental e Atenção Prenatal agendadas, nas tardes são agendadas sete consultas, mais as vagas de demanda espontânea, das urgência e as oriundas do hospital, totalizando até vinte cinco atendimentos por dia. Essa organização facilita meu trabalho, pois nestos momentos a população sabe o dia de cada grupo e se limita à demanda espontânea das consultas. O trabalho nosso tem que ter principalmente prevenção de agravos e na promoção de saúde. Eu fiz a atualização da minha agenda no quadro geral da UBS e aproveitei para atualizar a dos outros profissionais (enfermeira, dentista, o ACS's, etc.). Para melhor o trabalho em equipe, eu acrescentei no quadro os nomes de todos os profissionais, desde os ACS's, o agente de endemias, a técnica de enfermagem (que também pode ser a recepcionista), a vacinadora, a auxiliar de serviços gerais. Assim todos têm a identificação com seu nome e respectiva função no quadro, a fim de que não se sintam excluídos e a comunidade conheça melhor todos os membros da equipe.

Em uma reunião que tivemos com a Enfermeira, mostrou como organizar a escala de palestras em sala de espera na qual quase todos os funcionários fazem palestras em dias específicos para os grupos. Eu mesma digitei a escala e elaborei uma lista de sugestões de temas a serem trabalhados para cada grupo na sala de espera. Outra mudança recente foi em relação ao registro dos atendimentos nos livros dos agravos. Antes eu sequer tinha conhecimento de que as consultas deveriam ser registradas pelos profissionais nos livros específicos porque sempre foi tarefa de enfermagem, mas agora os trabalhos saim com melhor qualidade. Este fato evidencia a falha na comunicação da enfermeira com a equipe e vice-versa. Quando tive conhecimento disso, tratei de organizar este fluxo de registro com o apoio dos ACS's e a

enfermeira, sendo que quando eu tenho tempo após os atendimentos, eu mesma faço este registro nos livros ou senão peço aos ACS's fazerem o registro dos usuários de suas respectivas áreas. Os livros são de hipertensos, diabéticos, obesidade, doenças crônicas, saúde mental, crianças de 0 a 2 anos, álcool e drogas, usuários de insulina, de encaminhamentos, planejamento familiar, usuários fora de área, tuberculose/hanseníase/leishmaniose e de visita domiciliar.

Uma mudança relevante foi a rotina de notificação de doenças que era uma prática negligenciada no meu atendimento pois com a utilização dos recursos aprendidos pelo curso de especialização logrei de fato melhorar o problema. No entanto, o Curso de Especialização sempre alertou para este quesito fundamental e agora tenho as fichas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAM) de fácil acesso numa pasta no consultório. As doenças mais notificadas são as de suspeita de dengue, sífilis, tuberculosis e leishmaniose tegumentar americana. Algumas iniciativas foram feitas visando melhorar a comunicação entre a equipe e a comunidade, tais como colocar cartazes e informativos na parede sobre o direito à prioridade no atendimento para idosos, gestantes, lactantes, pessoas com deficiência física/mental e pessoas com crianças de colo, agora tem prioridade no orden das fichas para o atendimento em consulta médica.

Antes esse direito era negligenciado pela própria triagem e eu fiz o empenho de expor esta questão em uma reunião com toda a equipe, pois já havia recebido muitas reclamações dos pacientes sobre esse assunto. Outro questão que ajeitei foi referente à lei do desacato a funcionário público, pois os pacientes devem ter ciência de que não podem desrespeitar os funcionários em exercício. Recentemente colocou-se um cartaz sobre a campanha de vacinação contra a gripe( data de 17/04 a 26/05) e quais os grupos prioritários para receber a vacina com divulgação da informação para os ACS's. Também pus um cartaz no consultório com as metas de controle laboratorial para o atendimento semanais. Desta forma, posso demonstrar aos usuários quais é o jeito do trabalho e qual a sua relevância no contexto dos atendimentos para a atenção programada dos programas do SUS. Com a divulgação ampla destas informações a população terá mais acesso aos seus direitos e deveres para com o serviço oferecido pela UBS (vide OUTROS ANEXOS).

Em relação aos pacientes diabéticos, antes eu iniciava o tratamento com a Glibenclamida 5 mg ou a metformina 850 mg a duas chegan no posto de saude, mas aprendi no curso da especialização que inicialmente devemos tentar a abordagem não medicamentosa com mudanças de estilo de vida (dieta e atividade física) por pelo menos dois ou três meses e acompanhar o paciente para saber se esta medida, surte o efeito almejado. Ademais, aprendi que a primeira escolha de hipoglicemiante é a Metformina antes da Glibenclamida, pois esta tem um efeito adicional na perda de peso em pacientes obesos ou com sobrepeso. Outra mudança foi a solicitação da prova de tolerancia á glicose e a hemoglobina glicada (HbA1c) a cada três meses para seguimento dos usuários até obter o controle adequado.

Em relação aos hipertensos, fiz meu projeto de intervenção com o tema, Plano de ação para diminuir a alta incidência e prevalência da hipertensão arterial. Através desse projeto passei a adotar em todas as consultas de planejamento familiar e a realizar uma pesquisa dos fatores de risco da hipertensão, para reduzir a incidência desta doença foi preciso treinar agentes de saúde, enfermeiras e técnicos de enfermagem neste plano de ação e oferecer palestras educativas voltadas para os grupos risco para hipertensão para modificar fatores de risco da doença hipertensiva experiência na área de saúde no município , Além disso sempre faço o seguimento da Creatinina pela avaliação da função renal.

Se alterado, eu solicito a creatinina novamente após três meses para avaliar se o paciente na vida futura pode avansar a insuficiência renal crônica. Se confirmado, encaminho ao nefrologista e prescrevo uma droga nefro-protetora como o IECA (Inibidor da enzima conversora de angiotensina) ou BRA (Bloqueador dos receptores de Angiotensina II). Solicito ECG e Radiografia de tórax para todos os hipertensos com fatores de risco para avaliar sinais de comprometimento cardíaco, tais como cardiopatia hipertensiva, arritmias, cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca congestiva.

Nos casos positivos, sempre encaminho ao cardiologista para uma avaliação mais detalhada do caso e prescrevo drogas que oferecem benefícios na redução da mortalidade, como o ácido acetilsalicílico (AAS) e/ou Estatinas/Fibratos, sempre avaliando o risco-benefício da intervenção. Em relação à obesidade, tenho feito o diagnóstico de vários pacientes com o cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e da

circunferência abdominal (CA) dos pacientes. Quando há obesidade eu falo qual o grau, os riscos e de que se trata de uma doença que necessita de tratamento eu indico os remédios ou encaminho à nutricionista que atende na UBS em consulta por referência, recomendo atividade física regular sob a supervisão de um profissional de educação física dos que tem na academia. Em alguns casos em que a obesidade está relacionada a fatores emocionais (compulsão alimentar, transtorno de ansiedade, depressão, etc) indico a psicoterapia com psicólogo que atende também em consulta por referência no Hospital Municipal e prescrevo ansiolítico/antidepressivo se necessário junto com avaliação psiquiátrica, só que esta última tenho que fazer um encaminhamento pelo TFD para o atendimento Locoregional em Santarém. Se o paciente não consegue atingir a meta de perda de peso com as MEV adotadas no período de três meses, eu considero falha terapêutica e os encaminho ao endocrinologista.

Em relação à Saúde Mental, desde que iniciei meu trabalho utilizo um sistema de registro individual dos pacientes que fazem uso de medicamentos controlados que fica sempre de fácil acesso para registrar a data da renovação da receita. Os pacientes são orientados a agendar a consulta para renovação da receita para que seja feito o adequado registro em prontuário. Antes do curso, eu tinha receio em fazer ajustes de medicações controladas para os pacientes, pois achava que era uma conduta restrita ao especialista. No entanto, o curso de especialização me incentivou a tomar esta iniciativa de intervir nos casos necessários. Geralmente os pacientes têm muita dificuldade para conseguir consulta com o neurologista ou psiquiatra, então eu já faço os ajustes de dose ou troca de medicações, conforme a necessidade. É muito bom ter essa autonomia e depois verificar como aquela intervenção teve um efeito imediato e tão benéfico no bem-estar daquele paciente.

Eu sempre gostei de trabalhar na atenção primária, pois considero que se adéqua mais ao meu perfil profissional. Eu gosto de conhecer os pacientes, conversar, tirar dúvidas, discutir condutas e metas e, aos poucos, conquistar sua confiança para juntos alcançarmos o propósito terapêutico dos pacientes. É muito gratificante acompanhar esta evolução e criar vínculos com a comunidade, por exemplo, quando um paciente que estava descompensado retorna à consulta relatando melhora dos

sintomas e na qualidade de vida. Faço uma reflexão sobre meu trabalho neste período e posso dizer que percebi mudanças benéficas em minha atuação como médico da UBS.

Desde que comecei a fazer uso dos conhecimentos do curso da especialização melhorei as condutas terapêuticas e aprendi a interagir com a equipe do posto de saúde, fazendo as reuniões para o planejamento e organização do serviço. no principio meu trabalho era mais superficial ao consultório e individual, nestos momentos faço questão de solicitar auxílio aos ACS's, técnica de enfermagem, enfermeira, equipe da própria gestão nos casos complexos que demandam mais atenção e envolvimento multiprofissional.

## REFÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.

Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.

Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em 26/04/2011.

## **ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**





## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**YADIER HERNANDEZ BATISTA**

**PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR OS CASOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA  
COMUNIDADE DA CANP**

**PARÁ.PA  
2016**

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde. Alguns fatores de risco para a doença são mais comuns em centros urbanos das metrópoles. Como há uma relação direta do estilo de vida com os fatores de risco, perscrutou-se o estilo de vida dos hipertensos da região da Canp no município de Monte Alegre Pará, a fim de detectar os fatores de risco para HAS. O estudo tem natureza descritiva ancorado na pesquisa qualitativa. Objetivou-se modificar estilos de vida da população e aumentar o nível de informação dos pacientes sobre hipertensão arterial, conhecer e classificar o nível pressórico do grupo. Os resultados apontaram fatores de riscos para HAS em grande parte dos atores sociais e pressão sanguínea acima dos índices recomendados pelo Ministério da saúde e organizações de estudo do coração e de hipertensão. Concluiu-se que para a população hipertensa é necessário cambio no estilo de vida o que é surpreendente pois o grupo ensina como cuidar de pessoas.

Palavras-chave: Hipertensão, Estilo de vida, Fatores de risco

## ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) represents serious problems of health. Some risk factors for illness are more common in great urban centers. Because there is a direct interrelation between life style with risk factors to SAH, it was inquired about life style of hypertension persons in the região the Canp to municipality Monte Alegre of Pará. This study has descriptive nature on qualitative research. The objective was to modification of the lifestyle of the population and increase information levels of patients hypertensive, and to know, and to classify the pressure level of the group. the results points to risk factors to SAH for most social actors and blood pressure higher than health Ministry and heart and blood pressure specialized institutions recommends. Concluding that necessary to change their lifestyle, especially because they teach how to take care of other human being.

Keywords: Hypertension, life style, risk factors.

## IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

### TÍTULO

Plano de ação para diminuir a alta incidência e prevalência da hipertensão arterial na comunidade da Canp no Município Monte Alegre, Pará.

### EQUIPE EXECUTORA

Yadier Hernández Batista

Maria Aparecida Costa

Equipe Multiprofissional do PSF

### PARCERIAS INSTITUCIONAIS

Secretaria Municipal de Saúde de Monte Alegre - PA

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce que não requer tecnologia sofisticada. Esta doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na atenção básica. Numerosos estudos têm demonstrado a associação da hipertensão com desenvolvimento de doenças mais letais, ademais de isso seu controle reduz a mobilidade e mortalidade de doenças Cérebro Vascular, Insuficiência Cardíaca, Cardiopatia Isquêmica e Insuficiência Renal. (Wolf-Maier K, Kramer H, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense H, et al. 2004;

O critério para definição da hipertensão é obtido quando a média da pressão arterial sistólica é igual ou maior que 140 mmhg e/ou a diastólica é igual ou maior que 90 mmhg em indivíduos maiores de 18 anos. Quando a pressão sistólica e diastólica de um paciente se situarem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do comportamento da pressão arterial, sendo esta a classificação mais recente e preconizada pela sociedade brasileira de cardiologia baseada em parâmetro norte americano (CAMPOS, J.R. et al .,2001).

A partir de 115 mmhg de pressão arterial sistólica e de 75 mmhg de pressão diastólica, o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante, dobrando a cada 20 mmhg no primeiro caso e a cada 10 mmhg no segundo caso. Os valores de 140 mmhg para pressão arterial sistólica e de 90 mmhg para pressão arterial diastólica, empregados para diagnóstico de HAS, correspondem ao momento em que a duplicação de risco repercute de forma mais acentuada, pois já parte de risco anterior mais elevado. Houve uma simplificação das faixas pressóricas, nesta classificação atual a pressão ideal é aquela menor que 120 sistólica e 80 diastólica, onde o Ministério da Saúde (MS) considera este valor ideal, havendo menos riscos para o aparelho cardiovascular (BRASIL, 2002, p13)

A HAS é considerada um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo um dos grandes desencadeadores de eventos

cardiovasculares fatais. Diversos fatores de risco influenciam diretamente o desenvolvimento de hipertensão arterial, entre eles, podemos destacar: A Idade, Segundo Rigoyen et al (2003). A faixa etária acima de 60 anos há uma prevalência superior a 60%. Para Lessa (1998) a presença de HAS em idosos merece maior atenção devido a vulnerabilidade. Outro fator é o Sexo, onde a prevalência global entre homens e mulheres é semelhante. Socioeconômico: A HAS é mais prevalente em indivíduos com menor escolaridade. Ingestão de sal: A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação de pressão arterial (PA). Obesidade: calcula-se que 20% a 30 % dos casos de HAS estejam associados a excesso de peso. Tabagismo: O indivíduo fumante é mais propenso a ter HAS. Álcool: A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular. Sedentarismo: O sedentarismo aumenta o risco de HAS em 30% quando comparado com indivíduos ativos. (FISHER, N.D.; WILLIAMS, G.H. 2005)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Canp situa-se no município de Monte Alegre do Pará, onde observou-se alta incidência e prevalência de casos de hipertensão arterial na população residente nesta comunidade. Diante disto, o objetivo principal é elaborar um plano da ação dirigido na busca de solução dos principais problemas identificados nesta população.

## JUSTIFICATIVA

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A partir da identificação e conhecimento dos fatores de riscos da hipertensão arterial e sabendo que esta doença é também um fator predisponente para outras complicações cardiovasculares, cerebrovascular, renal, entre outras, e é a principal causa de mobilidade, mortalidade e invalidez no mundo e em nossa comunidade Canp podemos diagnosticar hipertensão arterial precocemente, tratá-la corretamente e identificar os riscos expostos por faixa etária para evitar complicações.

Considerando que controlar os fatores de risco da hipertensão pode reduzir a incidência desta doença, precisamos treinar agentes de saúde, enfermeiras e técnicos de enfermagem neste plano de ação, oferecer palestras educativas voltadas para os grupos risco para hipertensão para modificar fatores de risco da doença hipertensiva. A experiência na área de saúde no município de Monte Alegre nos últimos anos, vem mostrando que apesar das várias divulgações e campanhas em veículos de comunicação a respeito da HAS e seus fatores de risco, as pessoas portadoras dessa doença ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com este cuidado.

Na Unidade de Saúde da Família da Canp, no município de Monte Alegre, observa-se também uma elevada prevalência desta doença, o difícil controle, o crescente número de pessoas com fatores de risco e o abandono do tratamento. Estes são os principais motivos pelos quais podemos caracterizá-lo como um problema de saúde pública e investir em estratégias de intervenção para prevenir e minimizar os riscos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Diminuir a alta incidência e prevalência da hipertensão arterial na comunidade de Canp no Município Monte Alegre – PA

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Modificar estilos de vidas da população,
- Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre Hipertensão Arterial e seus riscos

### **2.3 METAS**

- Diminuir a HAS em 90% da minha população de estudo
- Informar 100% da população sobre os riscos e complicações da doença



### 3. METODOLOGIA

Um estudo de intervenção Educativa será desenvolvido no território da Canp na Unidade Básica de Saúde (UBS), situada no município de Monte Alegre, Estado do Pará. A população ascripta é constituída por 828 pessoas, dispostas em 234 famílias. Estão cadastrados com hipertensão 370 pacientes, que serão a princípio os sujeitos da intervenção, com disseminação da informação para a população local. A equipe envolvida será composta por doutor, licenciada em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnico de enfermagem, psicóloga, assistente social, nutricionista e coordenador da UBS.

#### Estratégia e ações

- Modificar estilos de vidas, elevando o nível de conhecimento e responsabilização dos pacientes com sua própria saúde.
- Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre Hipertensão Arterial e seus riscos, através de palestras, oficinas, panfletagem e mini cursos de educação em saúde.
- Tentar garantir o número de consultas adequadas e a estrutura dos serviços para atenção às necessidades de saúde dos pacientes com HAS, garantindo o cuidado integral.
- Capacitação da Equipe de Saúde sobre os fatores de risco da hipertensão Arterial Sistêmica, abordagem e acolhimento do paciente e sua família

#### Métodos

- Promoção do Programa Saúde na Escola
- Promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação escolar
- Formulação de espaços físicos e prática de atividades físicas.

- Oferecer palestras em posto de saúde, escolas, bairros e centros de trabalho
- Fazer murais no posto de saúde divulgando sob o tema.
- Distribuir à população revistas, folhetos, panfletos informativos e tabelas de alimentação saudável
- Divulgação de temas educativos através da rádio comunitária
- Formação de clubes de Hipertensos para ensino e aprendizagem interativa referente ao tema.
- Acompanhamento trimestral da pressão arterial e IMC (índice de massa corporal)
- Realização de reuniões mensalmente com o EBS.

#### Avaliação e monitoramento

O acompanhamento e avaliação do Plano de ação, na assistência prestada aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados, na área de Jacaré, será verificado por meio dos indicadores do SUS, pela equipe da unidade de saúde, juntamente com o coordenador da atenção básica e de vigilância em saúde. Baseando em dados levantados no momento, e nas visitas domiciliares. O acompanhamento será mensal e a avaliação será seis meses após a implantação. No final do primeiro ano será analisado e avaliado os resultados, verificando se o objetivo proposto foi alcançado

#### 4. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês/Ano	ov.	N ez 2 016	an 017	ev. 017	ar 017	br. 017	ai 017
Atividades	016	016	017	017	017	017	017
Elaboração do projeto		X					
Capacitação da Equipe		X					
Seleção da População alvo							
Implantação das Ações de Educação e saúde							
Avaliação dos Resultados							
Divulgação dos Resultados							

#### 5. IMPACTOS GERADOS

Com a implantação do projeto de intervenção espera-se melhorar o conhecimento dos pacientes em relação a HAS e evitar as consequências desta doença na população, assim como diminuir os fatores de risco da HAS. Pretende se também qualificar a informação de toda a população, o cuidado dos usuários e da equipe, a partir de ações de educação em saúde.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Concluiu-se que a partir da elaboração deste trabalho e a elaboração do plano de ação sobre as estratégias educativas para orientação sobre fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica na área da Canp foi extremamente importante para executar ações pela equipe multiprofissional, juntamente com os parceiros, visando atingir o objetivo final dentro dos prazos estabelecidos, pois a Hipertensão Arterial Sistêmica representa um grave problema de saúde. Isso não se deve apenas à elevada prevalência, mas também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e tratados inadequadamente, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento.

Por ser uma causa relevante de mortalidade, a hipertensão arterial vem exigindo de todos os profissionais na área de saúde, incluindo os enfermeiros y agentes de saúde a identificação dos fatores de risco para minimizar a incidência do problema.

Vale ressaltar que a não adesão do paciente ao tratamento e o desconhecimento dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica tem constituído como um grande desafio para os profissionais de saúde envolvidos, demonstrando-se a necessidade da implementação e execução de ações mais efetivas nas atividades educativas, contribuindo à promoção de saúde e prevenção da doença.

## REFERENCIAS

CAMPOS, R.; COLOMBARI, E; CRAVO, S; LOPES, O.U..hipertensão arterial: O eu tem a dizer o sistema nervoso.Rev.Bras hipertens. 2001

FISHER, N.D., Williams's gh.in.kasper dl, Braun walde frauci as, ET al.2005

IRIGOYEN, M.C.; IACCHINI, S; De ANGELIS, C., In: fisiopatologia da hipertensão: O que avançamos; Soc.cardiol. Estado de São, Paulo. 2003

KAPLAN, N. Primary hypertension: pathogenesis. Kaplan's Clinical Hypertension. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams &Wilkins 2002: - Yagil Y, Yagil C. The search for the genetic basis of hypertension. Curr Opin Nephron Hypertens 2005;

LESSA; 1.O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco,1998

LOPES, H.F. Hipertensão arterial e síndrome metabólica: além da associação. Rev.Soc.Bras.Card, 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus Brasília (DF),2001

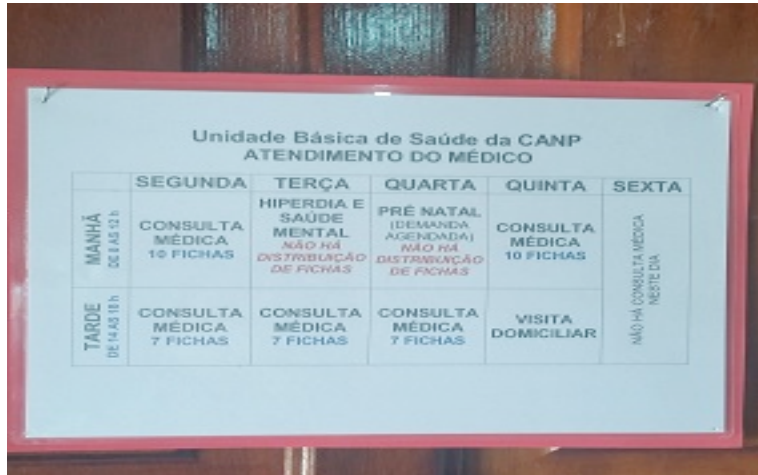
OPARIL, S. Hipertensão arterial.in: Benneto J.C; PLUm, f, et al.cecil-tratado de medicina interna. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

Wolf-Maier K, Kramer H, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense H, et al. for the International Collaborative Group on Hypertension. "Hypertension treatment and control in five European countries, Canada and the U.S." Hypertension ,2004

WOLF-MAIER, K; OOPER, R.S., BANEGAS, J.R., GIAMPAOLI, S; HENSE, H.W., JOFFRE'S, M., KASTARINEN, M.; POULTER, N.; PRIMATESTA P., RODRIGUEZ-A.F.; STEGMAYR, B; THAMM, M.; TUOMILEHTO, J.; VANUZZO, D.; VESCIO, F. Hypertension prevalence and blood pressure levels in: European countries, Canada, and the United States. JAMA 2003;

## OUTROS ANEXOS

Cartaz informativo do atendimento médico.



Unidade Básica de Saúde da CANP  
ATENDIMENTO DO MÉDICO

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ DE 8 AS 12 h	CONSULTA MÉDICA 10 FICHAS	HIPERDIA E SAÚDE MENTAL NÃO HÁ DISTRIBUIÇÃO DE FICHAS	PRÉ NATAL (DEMANDA AGENDADA) NÃO HÁ DISTRIBUIÇÃO DE FICHAS	CONSULTA MÉDICA 10 FICHAS	NÃO HÁ CONSULTA MÉDICA NESTE DIA
TARDE DE 14 AS 18 h	CONSULTA MÉDICA 7 FICHAS	CONSULTA MÉDICA 7 FICHAS	CONSULTA MÉDICA 7 FICHAS	VISITA DOMICILIAR	

Cartaz informativo de atendimento da enfermeira.



Unidade Básica de Saúde da CANP  
ATENDIMENTO DA ENFERMEIRA

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ DE 8 AS 12 h	CONSULTA DE ENFERMAGEM (DEMANDA ESPONTÂNEA)	HIPERDIA E SAÚDE MENTAL	CD (recepção e desenvolvimento)	PCCU (AGENDADO)	CONSULTA DE ENFERMAGEM (DEMANDA ESPONTÂNEA)
TARDE DE 14 AS 18 h	PCCU (AGENDADO)	PRÉ NATAL (AGENDADO)	PRÉ NATAL (AGENDADO)	VISITA DOMICILIAR	QUESTÕES ADMINISTRATIVAS



Foto do quadernos de controle dos programas da UBS.

