



Anairis Fernandez Perez

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PROMOÇÃO DE ESTILO VIDA SAUDEL
PARA O CONTROLE DOS PACIENTES**

Porto Alegre

2017



Anairis Fernandez Perez

**HIPERTENSÃO ARTERIAL: PROMOÇÃO DE ESTILO VIDA SAUDEL
PARA O CONTROLE DOS PACIENTES**

Trabalho de conclusão de curso apresentando ao curso de
Especialização em Saúde de Família da Universidade
Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UAS-SUS

Porto Alegre

2017

SUMARIO

1. Introdução do portfólio.....	4
2. Estudo do caso clínico.....	12
3. Promoção em saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.....	18
4. Visita domiciliar/ Atendimento domiciliar.....	26
5. Reflexão conclusiva.....	30.
6. Referências bibliográficas.....	32
7. Anexo: Protocolo de Intervenção.....	37
8. Anexo.....	58

INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Apresentação:

Sou a Dra. Anairis Fernandez Perez; tenho 10 anos de formada como médica de família e comunidade. Comecei meus estudos no ano 2000, em Cuba, cidade Camaguey, recebendo o meu título no 2006, começando a trabalhar imediatamente após minha formação. Durante os 3 anos seguintes realizei minha especialização em Medicina Geral e Integral recebendo o título no ano 2009, neste mesmo ano saí de missão para a Venezuela, onde trabalhei como médica de família e da comunidade por quase 4 anos. De retorno em Cuba segui emprestando meus serviços no programa de saúde da família e comunidade até a chegada ao Brasil. Durante os anos de serviço na saúde já participei nos programas de prevenção, promoção e controle das DCNT, programas de controle materno-infantil, programa de controle de doenças transmissíveis, programas de saúde da mulher e criança, programas de rastreamento de Neo de colo de útero, de mama, próstata, entre outros, também participei das campanhas de vacinação entre outras atividades da atenção Primária de Saúde.

Atualmente encontro-me trabalhando no Rio Grande do Sul, no município pequeno e de jovem formação, com uma população descendente de alemães e que ainda é falada a língua alemã fundamentalmente pelas pessoas mais velhas e onde a cultura tem uma forte influência da cultura gaúcha. O nome do município é Pareci Novo.

Contextualização da UBS: Apresentação do município.

Pareci Novo é um município brasileiro do estado do Sul. Fundado o 20 de março de 1992. Localiza-se a uma latitude 29°38'18" sul e a uma longitude 51°23'51" oeste, estando a uma altitude de 29 metros. Possui uma área de 59,868 km² e sua população estimada em 2012 era de 3511 habitantes

e uma densidade demográfica de 61,6 hab./km². O município é a sede da Harts Natural e Cervejaria Abadessa, fabricante de cerveja artesanal.

Histórico de criação do município.

Em 27 de agosto de 1801 os irmãos Teixeira, José Inácio e João Inácio, de Porto Alegre, compram a fazenda Pareci do tenente Joaquim Ancleto de Azevedo. Por herança a fazenda passou para José Inácio Teixeira Júnior (Juca Inácio), que construiu em Pareci Novo uma grande casa na confluência do Arroio Maratá com o Rio Caí. A propriedade de terras ao redor do seminário de o Pareci foi vendida aos jesuítas por Jacó Ely. Em 1992, foi adquirida por Delmar Fell, atual proprietário. O nome Pareci origina-se de um índio vindo do Mato Grosso para a região quanto tinha entre 9 e 10 anos. Era descendente da tribo dos Parecis.

Formação Administrativa

Distrito criado com a denominação de Pareci Novo, pelo Ato Municipal n^o 1, de 25-01-1929. Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito de Pareci Novo, figura no município de Montenegro. Elevado à categoria de município com a denominação de Pareci Novo, pela Lei Estadual n.º 9.620, de 20-03-1992, desmembrado do município de Montenegro. Em divisão territorial datada de 1997, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

Aspectos demográficos.

O município está a 75 km de Porto Alegre, localizado no vale de cai, limitando-se com os Municípios de Montenegro, São Sebastião do Cai, Harmonia e o Rio Cai. Conta com 5 micro áreas: Despique, Malte, Pareci Novo Centro, Vila Progresso, Bananal.

O clima é subtropical, com estações bem definidas.

Segundo informações do CENSO (2010) Pareci Novo teve um crescimento de aproximadamente 7,6% em dez anos. No ano 2000 o CENSO apontava pareci

novo com uma população de 3242 habitantes, já o CENSO 2012 mostra uma população de 3511 habitantes, para um crescimento de 7,6% em uma década.

O município Pareci Novo é circundado por morros cobertos de uma vegetação exuberante. A proximidades dos morros, com o rio Cai oferece ao município atrativos naturais, porem ela torna a cidade mais vulnerável a ação de eventos climatológicos (como as fortes chuvas que podem provocar enchente).

Explorando suas características geográficas o município oferece a população a opção de lazer como contato direto com a natureza, com espírito ecológico.

Saneamento Ambiental e Energia:

O município conta com serviços de saneamento básico como: manejo de residuais sólidos, redes de esgotos, redes gerais de distribuição e tratamento da agua, serviço de manejo de aguas pluviais. Todos os serviços são executados pela prefeitura do município de Pareci Novo.

Organização do sistema de Saúde

A secretaria Municipal de saúde e Assistência Social foi instituída através da lei municipal com o objetivo de atender as necessidades da população. Suas atribuições básicas são a assistência médico-social de apoio as atividades comunitárias, o adoecimento, auxílio aos necessitados, a reabilitação e recuperação e a melhoria das condições da vida dos grupos sociais mais necessitados. Tem como micção garantir o direito a Saúde e Assistência através da assistência básica a comunidade, promovendo condições de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde e bem-estar social; visando a melhoria da qualidade de vida do cidadão parisiense. Para garantir uma gestão participativa estabeleceram-se grupos de trabalho, adaptando metodologias de planejamento estratégico em saúde, identificando os problemas, definindo ações, prazos, responsáveis e realizando avaliações permanentes.

Estrutura da Rede Pública Municipal:

A Secretaria municipal de Saúde e Assistência Social presta atendimento à população em 5 unidades de saúde cadastradas junto ao SUS, denominadas:

- Unidade Básica da Saúde Pareci Centro: cadastrada sob o número 2226014 no CNES, nesta unidade funciona o ambulatório e a administração da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. O ambulatório possibilita o atendimento na Atenção Básica (gineco-obstetria, pediatria, clínica geral, odontologia, psiquiatria, psicologia, nutrição, ESF, atividade física com educador físico, Fisioterapia e enfermagem) através de agendamento e acolhimento de demanda espontânea e visitas a domicílio, priorizando as consultas de recém-nascidos, gestantes, idosos e usuários que residem no município. Realiza-se grupos de reeducação alimentar, grupo de idosos, grupos de mulheres, palestras nas escolas e grupos conforme convite, atendimento e urgências com transferência pre e intra-hospitalar. Oferece, também atendimento com Fonoaudiologia e Assistência Social. Dentre os variados procedimentos realizados nesta unidade de saúde destacam-se: vacinas, teste do pezinho, curativos, coleta de citopatológica, retirada de pontos, suturas, aplicação de medicação, passagem de sonda (vesical, gasoentérica e nasogástrica) oxigenoterapia, verificação de sinais vitais (TA, HgT, SPO2, FC, FR, Temp axilar e passagem), dispensação de medicamentos e de fraldas geriátrica. O agendamento de transporte, autorização de exames e agendamento de consulta/exames dos pacientes que são atendidos em outros municípios e são realizados neste ambulatório. Em nesta UBS está cadastrada uma equipe de saúde da Família com saúde bucal.
- Outras unidades básicas de saúde: Posto de Bananal (CNES n 2226022), posto de Saúde Despique (CNSE n 3044416). O atendimento médico odontológico, psicológico, nutricional e de enfermagem é realizado por agendamento prévio e acolhimento de demanda espontânea.
- Centro de Referência de Assistência Social (o CRAS) é a porta de entrada para todos os programas da Política de Assistência Social.

Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Pareci Novo (CMS) foi instituído através da lei Municipal No 058 de 03 de setembro de 1993 e tem como atividade assessorar a administração com orientações, planejamento, interpretação, julgamento e fiscalização de sua competência. O CMS funciona em caráter permanente, atuar na formação de estratégias da política de saúde, controle da execução da política de saúde, inclusive seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, o conselho fiscaliza e aprova as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública.

Programa Saúde da Família.

O município de Pareci Novo conta com 3 Unidade Básica de Saúde - UBS que tem infraestrutura com sala de aplicação de vacinas, consultório odontológico e instalações para profissionais como ginecologistas, médicos de saúde da família e profissionais de apoio, permitindo um atendimento adequado ao cidadão. O Programa Saúde Família nos centros de saúde que constituem a rede Básica de Saúde, com uma taxa de cobertura em Pareci Novo de 100%. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser as primeiras a serem procuradas no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. Tem 1 equipes de saúde da família, formadas por médico de família, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde, e oferece atendimento odontológico. Já as equipes de zoonoses dos centros de saúde são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais. Nas unidades, o usuário pode se consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços.

Sistema de Referência e Contra referência e Redes de Média e Alta Complexidade.

O sistema de referência e contra referência é um modo de organização dos serviços, configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de ação, que visa assegurar a atenção integral aos usuários através da hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, reforçando vínculos em diferentes dimensões: inter-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

Alfabetização

O nível de Alfabetização vem se reduzindo nos últimos 30 anos, tanto no município como no país (no Brasil, a taxa de analfabetismo é de 13,6%). Os maiores índices de analfabetismo no município encontram-se nas faixas etárias que vão de 60 anos ou mais com 0,8 %. De acordo com os dados de 2016, o município conta com quatro escolas municipais, uma estadual e uma escola de ensino pré-escolar.

Equipe de Saúde da família

A Equipe de Saúde da Família tem 3511 usuários, e atende a população do Bairro. Em relação aos recursos humanos em Saúde, Estratégia de Saúde da Família - ESF possui 1 médico de família, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e de 5 agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Atualmente só se trabalha de segunda a sexta feira 8:00 horas até 17:00 horas. A carga horaria semanal é de 40 horas. O médico do programa Mais Médicos tem 32 horas na assistência e 8 horas de estudo no curso de especialização.

O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento, realizado cinco vezes por semana de segunda até sexta feira de 8.00 até 18.00 horas onde são oferecidos aos usuários os seguintes serviços: Consulta de enfermagem, Consulta medica, Atendimento odontológico, Visita domiciliar, Assistência ao pré-natal, Prevenção do Câncer do colo do útero, Puericultura, Coleta de materiais biológicos, Imunização, teste do pezinho, Trabalho de zoonose, Curativos, Encaminhamentos para academia da saúde, Encaminhamento para

fisioterapia, Grupos interativos, planejamento familiar, tabagismo e saúde mental.

Diagnostico da demanda da UBS

A população do município Pareci Novo é majoritariamente adulta, tendo uma pirâmide etária adulta; motivo pelo qual os principais motivos de consulta são as doenças nos adultos. Em nossa unidade de saúde a demanda de consultas espontâneas estão relacionadas com a idade da população, sendo os adultos os que mais procuram o posto de saúde. Este fenômeno a sua vez esta influenciado pela época do ano, segundo a estação vão ter mais alça determinadas doenças, exemplo, no verão aumentam as consultas por queixas de lesões em pele, e as gastrointestinais, no inverno o aumento ocorre por conta das infecções respiratórias altas ou baixas de origem viral ou por outros micro-organismos. Mas notamos que durante o ano todo as consultas por queixas de doenças crônicas não transmissíveis são mantidas, sendo que o 38% das consultas do ano passado foram para as DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) e desta procura o 59,7 % para as queixas por hipertensão arterial, seguido por o 23,5 % para as consultas por alterações psicológicas. Outras das causas pelo qual é procurado os serviços de saúde, pero em menus frequência, são as doenças osteoarticulares e neoplásicas, as quais estão demandando mais atenção dos serviços de saúde. Olhando os dados chama a atenção a incidência e prevalência em consulta das DCNT, o qual a sua vez está relacionado com o tipo de população (majoritariamente adulta), a cultura alimentaria (gostam de comidas ricas em sal, carboidratos e gorduras, assim como refrigerantes), a genética familiar e a falta de pratica de atividade física.

Problema

Após a realização do diagnóstico situacional do território foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nossa área de abrangência (na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde e da própria

prefeitura de Pareci Novo), a alta incidência das DCNT: HAS (hipertensão arterial sistêmica) e a falta de um controle adequado das mesmas. Também, foi constatado durante as consultas, visita domiciliares, atividade de grupo, que os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis: HAS a pesar de ter tratamento medicamentoso mostravam cifras tensionais elevada. Durante as entrevistas em procura de possível causa do porquê dos níveis altos de pressão constatamos que os pacientes não tinham uma alimentação adequada, não faziam exercícios físicos ou atividade de lazer, ou não estava vinculado a nenhuma atividade em grupo, e outros não estavam assistindo as consultas de acompanhamento continuado.

JUSTIFICAÇÃO

Conhecendo que um dos principais problemas da comunidade está sendo a alta incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis: HAS, as quais são influenciadas pela cultura alimentar, as tradições de um povo descendente de alemães, a falta de controle das DCNT, e as mudanças e condições ambientais; se faz necessário implementar políticas de saúde onde o objetivo seja educar e ensinar à população a alcançar o conhecimento para chegar em um estilo e modo de vida saudável. Onde o controle seja levado tanto por o indivíduo quanto pela família e a comunidade, a traves do fortalecimento dos grupos da Doenças Crônica não Transmissíveis, das consultas, das visitas domiciliar, e do acompanhamento ao longo do tempo dos pacientes com DCNT.

E que a falta de controle delas produz mudanças negativas tanto na vida dos pacientes quanto da família, da comunidade, da sociedade e nos serviços de saúde.

Tendo como base os dados elencados até o momento, levando-se em conta as principais causas de mortalidade do município; as expectativas de vida; longevidade que a população possui, a cultura que deu origem a história da região Sul, é que precisam ser reeducados em prol da saúde individual, familiar e coletiva. Educação que precisa reconhecer que a saúde não é somente a ausência de doenças, mas também garantir o bem-estar físico, emocional, espiritual, familiar, econômico-ambiental.

ESTUDO DE CASO CLINICO

Paciente M.K, 75 anos, morador do município na localidade do Coqueiral. Atualmente mora com dois irmãos onde todos são solteiros; aposentados, mas ainda trabalham nas lavouras do campo. O irmão mais velho mora ao lado com sua mulher e filho, sendo sua cunhada a responsável legal pelos irmãos. Mãe falecida há 17 anos com a qual mantiveram uma relação dependente, e o pai falecido há 14 anos. Desde então moram sozinhos, nunca casaram nem tiveram filhos.

O paciente M.K começou a frequentar a unidade de Saúde por orientação da agente comunitária já que durante a visita domiciliar foi-lhe referido pela tutora legal sendo as queixas do paciente dor de cabeça e tontura além dos ferimentos das pernas do paciente. Para garantir a assistência ao M.K à consulta foi necessária, disponibilizando o veículo da saúde para o mesmo vir até a unidade de saúde.

Na unidade de saúde o paciente é recebido pela enfermeira no acolhimento por demanda espontânea, sendo verificado os sinais vitais; onde apresentou PA 160/90 mmHg, saturação de oxigênio 97 %, batimentos cardíacos 81 bpm, altura 170 cm, peso 74 kg, índice de massa corporal (IMC) 26,8 Kg/m², durante o acolhimento a enfermeira aborda os tópicos relacionados a valores normais da pressão arterial seus principais fatores de risco e manejo da pressão arterial. Após término do acolhimento o paciente é encaminhado a consulta médica em companhia de sua tutora legal. Na consulta é reafirmado a queixa contínua de dor de cabeça e tontura assim como também a dor nas pernas, a presença dos ferimentos nas pernas há algumas semanas que não melhoravam. É investigado sobre histórico na família de doenças crônicas não transmissíveis, estilo de vida do paciente, hábitos alimentares. A representante legal confirma a presença de hipertensão arterial dos pais, a preferência do M.K por alimentos muito salgados, com ingestão de grandes quantidades de aipim, pão, massa, refrigerantes, pouco consumo de água, nega a ingestão de chimarrão ou café, é relatado além o pouco interesse do paciente por tomar banhos ainda após o trabalho na roça.

No exame físico constata-se:

- Higiene pessoal pobre,
- Aparelho respiratório sem alteração,
- Aparelho cardiovascular com ritmo regular, sem sopro, correlação com os sinais vitais do acolhimento.
- Abdome sem alterações
- Membros inferiores apresenta edema nos pés e canela, pele com mudança da cor(hiperpigmentação) presença de micro e macro varizes (veias varicosas), pulsos presentes, constata-se sinais de infecção: área de hiperemia bem delimitada, úlceras varicosas com exsudação abundante e bordas irregulares localizadas nas regiões do maléolo interno, terço inferior das pernas.
- Neurológico sem alteração.

Após o exame físico retoma-se a fala com o paciente e a tutora, explicando a importância de adaptar-se a um estilo de vida saudável para diminuir os risco e agravos à saúde como sequela dos problemas apresentados. Orienta-se sobre alimentação saudável recomendando a implementação dos 10 passos para uma alimentação saudável, prática de exercícios de moderada intensidade pelo menos durante 30 minutos numa frequência mínima de 3 vezes na semana. Solicitado exame de rotina complementar mínima. Convido a participar nos grupos existentes na unidade de saúde (Maturidade ativa), oriento curativos diários com solução salina fisiológica ao 0,9 %, terapia compressiva e repouso venoso, antibiótico-terapia com cefalexina (500 mg) 1 comprimido a cada 6 horas por 10 dias, controle da pressão arterial em casa, melhorar higiene pessoal. É convidado acompanhamento durante os curativos e consulta de reavaliação nos próximos 30 dias.

O retorno do paciente aconteceu segundo o combinado, na consulta a tutora legal refere ter diminuído a quantidade de sal dos alimentos, o consumo de refrigerante, não sendo assim com os carboidratos. É avaliado o resultado do autocontrole pressórico, evidenciando a permanência de nível alta da pressão com uma média de 160/100 mmHg,e os resultados dos exames laboratoriais foram glicose de jejum 89 mg/dl, colesterol total 114 mg/dl, triglicérides 98 mg/dl, HDL 60 mg/dl, creatinina 0,76 mg/dl, exame urina tipo 1 sem alterações e potássio sérico em 4,1 mEq/l. Os dados positivos durante o exame físico foram

cifras elevadas de pressão 150/100 mmHg, lesão das pernas sem melhoras nenhuma decidindo-se coleta de amostra com método Swab para cultura e teste de sensibilidade. Na unidade de saúde temos uma enfermeira especialista em curativos de lesões com a qual foi coordenado a realização dos curativos usando terapia compressiva: vendagem compressivo de oxido de zinco (bota unna), repouso venoso, adiantamento da antibiótico-terapia até obter resultado da cultura. O resultado do Swab foi recebido no posto de saúde após 15 dias demonstrando a presença do acinetobacter o qual era sensível a ciprofloxacino, medicamento usado para implementar terapia antibiótica. Para o controle da pressão arterial foram escolhidos os medicamentos seguintes enalapril (20mg) 1 comprimido ao dia, hidroclorotiazida (25 mg) 1 comprimido ao dia, ácido acetilsalicílico (100 mg) 1 comprimido após do almoço; e para o tratamento da insuficiência venosa crônica decidiu-se indicar tratamento com diosmina+ hesperidina 1 comprimido a cada 8 horas; as medias elásticas uma vez seja concluído uso da bota unna. Reforça-se as medidas não medicamentosas no controle da pressão arterial como são alimentação saudável, pratica de exercícios físicos e restrição dos hábitos tóxicos.

Discussão do caso

O caso descrito trata-se de um paciente idoso com várias comorbidade: hipertensão arterial, insuficiência venosa crônica, úlceras varicosas com infecção de pele, por quanto foi preciso a revisão de literatura (saúde baseada em evidencia) com o objetivo de escolher uma terapêutica adequada, sempre olhando ao paciente como um todo. Nosso proposito na atenção básica é o rastreamento dos casos de hipertensão arterial com o objetivo de minimizar o risco e agravos das doenças cardiovasculares, proporcionando ao paciente uma melhor qualidade de vida.

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas (Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº37)

Os valores diagnósticos de pressão arterial anormal no Mapa propostos pelas diretrizes brasileiras atuais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010) foram extraídos de análise conjunta de estudos de coorte e correspondem à pressão de 24 horas. (Ministério de Saúde. Caderno de atenção básica. N°37. Brasília -DF. 2014).

O tratamento não medicamentoso é elemento fundamental no controle da HAS, envolvendo mudança no estilo de vida as quais tem de ser mantidas toda a vida.

O consumo abusivo de sal é o desencadeante ambiental mais importante de hipertensão arterial. Se os alimentos não fossem conservados em sais de sódio e se não se adicionasse cloreto de sódio no preparado dos alimentos, a pressão provavelmente não se elevaria durante a vida como se demonstrou em inúmeras populações não- aculturadas (DUNCAN).

A atividade física regular, associa-se com múltiplos benefícios para a saúde, incluindo a redução da incidência de doenças cardiovasculares, como as decorrentes de aterosclerose coronária e cerebrovasculares. Evidências epidemiológicas sustentam a indicação de práticas de atividades físicas como medida não farmacológicas para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. (DUNCAN).

Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 ($PA \geq 160/100\text{mmHg}$) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008).

Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos disponíveis, desde que resguardadas as indicações e contraindicações específicas, pode ser utilizado para o tratamento da hipertensão arterial. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos [Grau de Recomendação A], betabloqueadores [Grau de

Recomendação A], inibidores da enzima conversora de angiotensina [Grau de Recomendação A], antagonistas de receptores de angiotensina II e com bloqueadores de canais de cálcio [Grau de Recomendação A](anexo), embora a maioria dos estudos utilizem, no final, associação de anti-hipertensivos. Este benefício é observado com a redução da hipertensão arterial por si mesma, e, com base nos estudos disponíveis até o momento, parece independe da classe de medicamentos utilizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Ao iniciar o uso de um diurético tiazídico ou de um antagonista de canais de cálcio, a outra medicação associada deve ser um inibidor da enzima conversora de angiotensina ou um betabloqueador e vice-versa (GUSSO; LOPES, 2012)

Já nas doenças crônicas do sistema venoso o tratamento pode-se dividir nas medidas não farmacológicas e no tratamento farmacológico propriamente dito.

As medicações flebotônicas são utilizadas a muitas décadas, mas não de forma uniforme em todos os países. Apesar desse histórico, ainda são fonte frequente de debate quanto a sua utilidade e eficácia. A ação destas drogas inclui a diminuição da permeabilidade capilar, efeito linfocinético, menor apoptose das células endoteliais e uma ação anti-inflamatória por diminuição da adesividade de células de defesa. Atualmente as drogas venoativas ou flebotônicas não podem ser consideradas um tratamento no sentido da cura ou mudança da evolução natural da doença, porém, os estudos disponíveis, incluindo metanálises indicam que pelo menos em dois pontos a utilização dos flebotônicos pode contribuir no tratamento da doença venosa, são eles a diminuição do edema e o controle dos sintomas relacionados a presença da insuficiência venosa crônica em seus diversos graus de apresentação clínica.(projeto diretrizes SBACV. 2015)

Existe uma enorme variedade de curativos e técnicas utilizados para o tratamento local da úlcera venosa. Estudos de melhor qualidade e em grandes populações demonstram de forma geral que todos são boas alternativas, sendo que a sistematização e avaliação constante dos curativos são melhores que curativos aleatórios e não supervisionados. Outro ponto bastante constante foi

importância da associação dos curativos com algum tipo de compressão. Independente da técnica ou do material empregado, podemos considerar atualmente a compressão como a peça chave do tratamento conservador, agindo diretamente sobre os mecanismos da fisiopatologia que levam ao aparecimento das úlceras e agravamento da doença. Nesse tópico dispõe-se de uma série de modalidades de compressão que incluem as meias de compressão gradual, bandagens elásticas e inelásticas e compressão intermitente. A explicação sobre a ação na fisiopatologia da doença venosa parece semelhante entre os métodos induzindo uma menor dilatação das veias superficiais e profundas, melhora da ação da bomba da panturrilha e uma ação anti-inflamatória que em conjunto determinam um menor edema e a diminuição da pressão venosa ambulatorial. O emprego de elastocompressão como terapia isolada de longa duração em pacientes sem úlcera, apenas sintomáticos incorre em descontinuação do tratamento em cerca de 30% em dois anos 51 e 50% em três anos de tratamento. Alguns grupos específicos podem ter dificuldade no colocar ou tirar as meias como o caso de idosos, portadores de alguma sequela neurológica, gestantes e obesos, assim como certos grupos podem ter mais frequentemente problemas de adaptação com o uso da meia como obesos e portadores de alterações da pele como no caso de eczema. De forma geral, nos grupos sem úlcera que conseguem manter o tratamento, pôde ser observado tanto uma melhora dos sintomas, como uma melhora nos questionários de qualidade de vida. Nos casos onde ocorreu a ulceração da pele o emprego de compressão elástica ou inelástica, com níveis de pelo menos 40mmHg promoveu a cicatrização de forma mais eficiente. (projeto diretrizes SBACV. 2015)

PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

Com o passo dos anos as populações têm experimentado mudanças na sua estrutura em quanto a características demográficas, socioeconômica, processo saúde/doença; com o conseguinte aumento da expectativa de vida, aumento da população idosa, mudanças nas preferencias/formas para se alimentar (preferindo alimentos mais industrializados), diminuição do tempo para praticar atividades físicas e de lazer; deixando do lado as boas práticas para uma vida saudável. Antes estas novas câmbios a ciência da saúde precisou reavaliar os novos fatos, analisar o surgimento de novas situações/fatores de risco e procurar novas formas para enfrentar-se a estas mudanças e conseguir diminuir ou evitar agravos à saúde individual, familiar e coletiva.

Leavell e Clarck, em 1976, sistematizaram os conceitos de promoção, prevenção, cura e reabilitação dentro de um modelo explicativo do processo saúde/doença denominado história natural da doença, e apresentaram a aplicação de medidas preventivas (LEAVELL; CLARCK, 1976). Na prevenção primária, ao sujeito que não apresenta doenças ou sofrimento, são feitas intervenções de promoção da saúde ou de proteção, como as imunizações. Na prevenção secundária, o sujeito também não apresenta sintomas, e faz-se uma intervenção à procura de doença (rastreamentos). E, na prevenção terciária, o sujeito encontra-se doente e a intervenção é para prevenir complicações (exemplo: o exame sistemático dos pés em pessoas com diabetes).

Antes o surgimento de múltiplas intervenções tanto de promoção, prevenção, diagnostico, etc., foi necessário o uso dos grados de recomendação proposto pela Oxford Center for evidencia-Based Medicine e os Níveis de evidencia proposto pelo Sistema GRADE (Anexos 1 e 2), para à classificação e escolha da melhor ação a desenvolver segundo o indivíduo, seu contesto familiar, social e comunitário, baseada em evidencia científica.

O grau de recomendação é um parâmetro, com base nas evidências científicas, aplicado a um parecer (recomendação), que é emitido por determinada instituição ou sociedade. Esse parecer leva em consideração o nível de

evidência científica. Esses grupos buscam a imparcialidade na avaliação das tecnologias e condutas, por meio da revisão crítica e sistemática da literatura disponível (BRASIL, 2011)

A apresentação de caso:

A situação escolhida para expor nesta parte do portfólio tem-se desenvolvido durante consulta de puericultura:

Trata-se de adolescente JRK, 13 anos, quem mora com seus pais e irmão maior, os pais trabalham e preocupam-se por sustentar a família que nos últimos meses não tem sido fácil economicamente, os filhos assistem à escola. O primeiro encontro aconteceu no posto de saúde onde o paciente chega acompanhado da mãe e o irmão procurando consulta médica como demanda espontânea. Paciente foi recebido pela recepcionista, passado a o acolhimento, triado e encaminhado a consulta. Já no consultório é exposta o motivo da mesma pela mãe quem refere que o JPK foi a consulta porque há tempo não foi avaliado nem solicitado exame, além de que gostaria de saber como está seu filho já que na família existem casos de doença crônica. Durante o interrogatório foi pesquisado sobre sintomas gerais, presença de sinais ou sintomas relacionados com as doenças da família e outras doenças comuns da idade, além dos costumes do adolescente e da família, preferências alimentares, gostos e tipos de atividades de lazer praticada, e o histórico familiar. O paciente refere gostar mais dos vídeos game que de esporte, já nos alimentos prefere refrigerante, comidas a base de carboidrato (pão, farinhas, pizza, massas) comidas gordurosas, as vezes come alguma salada, mas não sempre, também gosta de doces. Como antecedentes clínicos familiares constatamos que os avós sofrem de hipertensão arterial, dois deles tem diabetes mellitus, sobre peso/obesidade, dislipidemia e um já teve AVC, a mãe é obesa e apresenta dislipidemia e o pai HAS e com transtornos no metabolismo dos lipídios.

Exame físico

Peso 75,5 Kg Altura: 164 cm IMC: 29,03 Kg/m² (sobrepeso)

Aparelho respiratório sem alterações, FR 20 mpm.

Aparelho cardiovascular batimentos cardíacos rítmicos, sem sopro

PA 125/80 mmHg (percentil sistólico 90%, percentil diastólico 25%)

FC 81 bpm Saturação de oxigênio 98%

Abdome lobuloso, palpação, percussão e auscultação sem alteração.

Sistema geniturinário sem alteração; desenvolvimento caracteres sexuais secundários: estágio II de escala de Tanner.

Sistema neurológico e psicológico linguagem, pensamento e memória claros e coerentes para a idade, desenvolvimento motor sem alterações.

Avaliação carteira de vacinas: atualizada

Situações de risco do paciente: Sobrepeso, pressão arterial normal alta (anexo 3), alimentação não saudável, pouca atividade física, histórico familiar positivos.

Discussão do caso

Frente o caso ante exposto foi necessário iniciar um conjunto de ações para promover estilo de vida mais saudável além de prevenir surgimento de doenças crônicas. As orientações dadas ao adolescente foram sugeridas como medidas para incluir a família, por ser a estrutura base fundamental para ensinar e estimular mudanças positiva no estilo de vida, além de ser a cultura familiar a fonte principal para adquirir hábitos novos, porém as mudanças foram sugeridas também para os pais, exemplo a seguir pelos filhos. Dentro das orientações oferecidas estão alimentação saudável (incorporação de mais frutas, vegetais, salada, diminuição de carboidrato, gorduras e açúcares), realização de atividade física preferindo aquelas mais dinâmicas (esportes) além de limitar as atividades de vídeo game a 2 horas por dia; orientações sobre o controle do peso, encaminhado a nutrição para acompanhamento, foi sugerido assistência a consulta odontológicas. Conversa sobre importância das vacinas e sobre os câmbios ocorridos na adolescência (pensamento, sexual, comportamento).

Seguindo as recomendações do caderno 33: Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento, Ministério da Saúde, Brasília-DF 2014, para crianças assintomáticas. Além das crianças com históricos familiares de dislipidemia e sobrepeso/obesidade, foi solicitado exames de hemograma, colesterol total,

triglicéridos, HDL, urina tipo 1 (EQU) e retorno em 30 dias. Foi convidado com a família o acompanhamento contínuo da criança em consultas para controle de peso a cada 1 mês e em visitas domiciliares alternando uma vez em consulta e outra no domicílio. Orienta-se o monitoramento da pressão em casa registrando no cartão os valores para mostrar nas consultas de acompanhamento.

Discussão do caso

As doenças crônicas representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo. Isso é reflexo das grandes mudanças que vêm ocorrendo no estilo de vida das pessoas no mundo, sobre todo nos hábitos alimentares, no nível de atividade física e no fumo. A nova rotina é fruto dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e crescente globalização do mercado de alimento (OMS/OPAS. 2003).

Há uma clara evidência de que a alteração nos hábitos alimentares e no ritmo de atividade física, assim como a ausência do fumo, pode produzir mudanças rápidas nos fatores de risco e na carga relativa às doenças crônicas (OMS/OPAS.2003).

A promoção de saúde envolve um complexo de ações exercidas continuamente e globalmente junto a um indivíduo ou comunidade, com o objetivo de propiciar o melhor desenvolvimento físico, intelectual e emocional e conduzir a uma vida mais longa, produtiva e completa. Nesse processo, que começa pelo controle das doenças, as intervenções clínicas personalizadas e as ações coletivas tem de ser complementares. Além disso, o alcance das medidas promotoras da saúde depende da sua adequação às necessidades específicas das pessoas a quem se dirigem (DUNCAN, 2006)

Entre as diversas ações necessárias para a promoção da saúde da população estão as de promoção de hábitos saudáveis, merecem destaque as ações de promoção da alimentação saudável, da prática regular de atividade física. (Caderno Atenção Básica N° 12: Obesidade. Ministério da Saúde)

Em consultas de atenção básica, não se permite deixar de abordar quatro itens fundamentais: dar atenção à queixa principal, revisar os problemas já

apresentados, enfatizar a prevenção e a promoção oportunas e estimular a mudança de hábito na busca por cuidado (FRASER, 1992) [D].

Toda criança ou adolescente deve ser visto dentro do contexto de sua família e comunidade (DUNCAN, 2006),(anexo 4)

Os bons hábitos alimentares devem ser transmitidos aos pais e demais familiares para estimular que todos possam adquiri-los (AMERICAN..., 2005).

Ao se aproximar da adolescência, a criança começa a experimentar hábitos que são nocivos à sua saúde. Deve-se dar-lhe informações sobre os riscos do álcool e do fumo para a sua saúde geral, hábitos que, por sinal, podem lhe causar mau hálito, manchas nos dentes, doença de gengiva e câncer bucal (BRASIL, 2006) [D].

A prevalência de sobrepeso e obesidade infantil está aumentando em todo o mundo, com reflexos em curto e longo prazos na saúde pública (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2003) [A].

A ocorrência de obesidade dos pais leva a um risco aumentado de ocorrência de obesidade, chegando a um risco quase duas vezes maior (80%) para os indivíduos com pai e mãe obesos (GIGANTE, 2004) caderno 12

A aterosclerose e a hipertensão arterial são processos patológicos iniciados na infância e, entre os fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, estão os hábitos alimentares desregrados e a falta de atividade física. Portanto, intervir precocemente, ou seja, prevenir a obesidade na infância significa diminuir, de uma forma racional e menos onerosa, a incidência de doenças crônico-degenerativas (CESAR et al., 2006; SOCIEDADE..., 2008; DANIELS et al., 2008; HAIRE-JOSHU; NANNEY, 2002; ARMSTRONG; REILLY, 2002) [D].

A medida da PA em criança é recomendada em toda avaliação clínica após os 3 anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do seu atendimento pediátrico primário, devendo respeitar as padronizações estabelecidas para os adultos [Grau de Recomendação D] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA,2010; BLANK, 2003).

Valores mais elevados, da pressão, são encontrados em crianças obesas, mas que tendem a reduzir com a diminuição de peso, especialmente na adolescência. Recomenda-se preferentemente intervenções não medicamentosa [GRADE D] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010)

Recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) de crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl. O rastreamento deve ser realizado a partir dos 2 anos de idade, a cada 3 a 5 anos. Em vez de ponto de corte fixo para o valor normal, recomenda-se avaliar os níveis de lipídios específicos para a idade e o sexo (sendo anormal acima do percentil 95 e limítrofe entre o 90 e o 95) (DANIELS; GREER, 2008, p. 198-208) [D].

Cabe ao profissional de Saúde orientar mudanças na dieta habitual visando à adequação do consumo energético, dos macro e micronutrientes, principalmente de potássio (K), cálcio (Ca) e magnésio (Mg) associado à redução do consumo de sódio (Na) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 1999; SACKS et al., 2001; CANNAN et al., 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), das gorduras saturada e trans., além do incremento do consumo das gorduras mono e poli-insaturadas e das fibras [Grau de Recomendação A] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SAVICA; BELLINGHERI; KOPPLE, 2010). Estudos indicam que a adoção de um padrão dietético saudável, em seu conjunto, tem maior influência sobre desfechos cardiovasculares maiores e não apenas intermediários, como PA, peso e lipídios séricos (MIRANDA; STRUFALDI, 2012).

O consumo energético excessivo, independentemente da obesidade, está associado à elevação dos níveis pressóricos. A melhoria do padrão alimentar e a redução do consumo energético podem ter impacto no controle de peso. A perda de peso reduz a pressão arterial e o risco de desenvolver HAS [GRADE B] (MOHAN; CAMPBELL, 2009; BERRY et al., 2010; HOUSTON, 2010; NKONDJOCK; BIZOME, 2010; CENTER OF DISEASE CONTROL, 2010).

A restrição do sal na dieta causa uma pequena redução da pressão arterial [GRADE B] (MOHAN; CAMPBELL, 2009; NKONDJOCK; BIZOME, 2010; CENTER OF DISEASE CONTROL, 2010) e é a única medida não medicamentosa que reduz, de fato, o risco de desenvolver doença cardiovascular [GRADE C] (BERRY et al., 2010; HOUSTON, 2010).

Há uma forte correlação entre a ingestão excessiva de sal e a elevação da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 1999; BRASIL, 2001; SACKS et al., 2001; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007; SAVICA; BELLINGHERI; KOPPLE, 2010; CDC, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; TROYER et al., 2010; NKONDJOCK; BIZOME, 2010).

A restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para hipertensos, mas para a população de modo geral [Grau de Recomendação B] (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As recomendações gerais estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde em 2010 sobre as atividades físicas/práticas corporais variam de acordo com a faixa etária. Para população de 5 a 17 anos, aconselha-se que correspondam a atividades de lazer, esporte, transporte ou atividades escolares, perfazendo pelo menos 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa diariamente, nas quais volumes maiores podem trazer benefícios adicionais. Recomenda-se que a maior parte delas seja de atividades aeróbicas.

Para crianças a partir dos 2 anos, deve haver aconselhamento para a realização de 30 a 60 minutos por dia de atividade física moderada ou vigorosa, apropriada para a idade, entre 3 e 5 vezes por semana. A atividade pode ser cumulativa durante o decorrer do dia, somando-se as horas de atividade física na escola com as realizadas de forma extraclasse (STRONG et al., 2005; WRITING..., 2001) [A]

A inatividade física, indiretamente avaliada pelo número de horas em que a criança assiste à televisão. Deve ser encorajado que se reduza a 2 horas/dia o

tempo com atividades sedentárias, como videogames, computador e televisão [D].

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância (CENTERS..., 2008) [D].

A visita domiciliar é de fundamental importância, pois o profissional de saúde interage horizontalmente com a família, facilitando o entendimento de diversas situações e com a possibilidade de contextualizar melhor o problema (MACMILLAN, 2000) [A].

VISITA DOMICILIAR / ATENDIMENTO DOMICILIAR

Com o passar dos anos tem-se desenvolvido mudanças nas sociedades (câmbios epidemiológicos) e na saúde trazendo como resultado o incremento na expectativa de vida, além do aumento das doenças crônicas não transmissíveis(DCNT), precisando adaptar-se as novas ações para passar de um modelo médico-hospitalar a um modelo dirigido à prevenção e promoção da saúde. A nova reorganização do sistema de saúde foi criada para ser capaz de suprir e atender as necessidades de saúde da população surgindo assim o Sistema Único da Saúde(SUS).

O surgimento do SUS fez entender a saúde como um todo. Sendo viável a implementação e o reforçamento da estrutura da Atenção Básica da Saúde (ABS) a qual estaria estruturada pelos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, humanização do atendimento, além de ser considerada porta de entrada aos serviços do Sistema de Saúde.

A implementação do atendimento domiciliar/ visita domiciliar veio a reforçar estes princípios e dar cumprimento a uma das atividades da ABS/ equipe da saúde da família.

O atendimento domiciliar (AD) é uma ferramenta importante para resgatar nas comunidades todas aquelas pessoas que por situações específicas não conseguem acessar a os serviços da atenção básica. Além do resgate do usuário o objetivo das visitas domiciliar é acompanhar os paciente e familiares, promover a saúde, prevenir agravos, oferecer tratamento e reabilitação da saúde, integrar aos pacientes- familiares- cuidadores às redes de atenção à saúde, além de serem todas essas ações desenvolvidas desde o conforto do lar, minimizando os custos e otimizando a utilização dos serviços especializados de saúde; como hospitais, ambulatórios especializados, prontos atendimento, entre outros.

A organização do AD inicia com a identificação dos casos que pode nos chegar através das agentes comunitárias de saúde, as quais acompanham sua população adstrita, além de ter contato direto com a comunidade e conhecerem as situações de risco das famílias e as famílias mais vulneráveis. Outras formas

utilizadas de identificação de casos são por comunicação telefônicas diretamente a ESF, secretaria da saúde, por comunicação através do CRAS (centro referência de atenção social) ou por meio de qualquer outro trabalhador da área da saúde: dentista, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, nutricionista, etc., ou como solicitação de familiares vizinhos e comunidade. A comunicação por parte de serviços de saúde mais especializados (hospitais, serviços de urgência-emergência, prontos atendimentos, SAMU, ambulatórios especializados, especialistas ou via judicial não tem sido um processo contínuo precisando, a ESF, adaptar como estratégia a busca ativa e acompanhamento contínuo de situações atípicas: altas hospitalares, atendimentos em serviços de urgência- emergência, entre outras situações. Os casos comunicados são levados a reunião de equipe, discutidos se cumprem com os critérios de inclusão ou desligamento (anexo 5) estabelecidos para AD; agendada a visita pré - avaliativa para à classificação do tipo de atendimento domiciliar (AD 1, AD 2, AD 3) (Anexo 6) no qual o paciente-família- cuidador se encaixam para receber o serviço solicitado. O agendamento, dia e horário, da visita pré- avaliativa é comunicada à família com o objetivo de garantir a presença dos integrantes da mesma durante a realização da avaliação, assim como também pactuar a terapêutica (medicamento, medidas e orientações), os deveres e responsabilidade de cada integrante do atendimento domiciliar; sempre respeitando a complexidade e dinâmica familiar.

Cabe ressaltar que como parte da organização do trabalho e do processo de acompanhamento das famílias é pactuado a frequência do atendimento, segundo necessidades do caso, os dias e horários em que seriam realizadas as visitas, deixado contato telefônico para a comunicação das eventualidades surgidas entre uma e outra visita, os meios disponíveis para a transportação tanto do paciente caso necessário como para o deslocamento da equipe da saúde. Também é informado sobre os profissionais da saúde que acompanhariam o caso, segundo características, além da equipe da saúde da família, profissionais tais como: psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, fonodólogo, nutricionista, assistente social dependendo das características e necessidades de saúde do paciente, é informado os números dos serviços de urgência emergência (SAMU ou bombeiros).

O agendamento das visitas domiciliares pode ser por via telefônica ou indo diretamente ao posto de saúde ou através das agentes de saúde como foi explicado anteriormente.

A nossa população ao igual que o resto do Brasil está experimentando câmbios na área epidemiológica influenciado pelos processos de industrialização, modernismos, socioeconômicos; câmbios que se manifestam em hábitos alimentares pouco saudáveis, aumento do sedentarismo, dos hábitos tóxicos, assim como também o aumento da população idosa, todo o qual traz um incremento das doenças crônicas não transmissíveis e dos agravos a saúde secundários as DCNT descompensadas. Conhecendo esses fatores e que o 40,5 % dos atendimentos domiciliares são para paciente portadores de hipertensão arterial sistêmica(HAS) se faz fundamental dirigir nossos trabalho e esforço ao atendimento deste setor da comunidade trabalhando em conjunto à família nas mudanças positivas para a saúde, reforçando as orientações sobre alimentação saudável, adesão adequada ao tratamento, cumprimento das orientações dadas, assim como encorajar às famílias a adesão de mudanças positivas. O controle das doenças infectocontagiosa é outra das ações desenvolvida nos atendimentos domiciliares.

Também é valido lembrar-nos de outras atividades de vigilância epidemiológico-sanitário realizada pela ESF como é a busca ativa de focos (lixo, aguas paradas, etc.) que possam levar ao surgimento de doenças infectocontagiosas, ao igual que a realização das campanhas levantadas pelo Ministério da Saúde: como campanha de imunização, campanha para o controle do Aedes Egyptis, entre outras.

A visita domiciliar pode ser interpretada como uma forma de consulta desenvolvida desde o conforto do lar considerando cada peculiaridade da família assim como do lar propriamente dito. A mesma tem momentos fundamentais como um interrogatório sobre as condições de saúde: sintomas ou sinais novos; estado de ânimo, a existências de mágoas ou desconforto; o exame físico com a realização de procedimentos como comprovação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, saturação e medida de HgT), auscultação cardíaca e respiratória, avaliação neurológica. Outro dos momentos importante do acompanhamento domiciliar é na hora de oferecer as orientações

sejam pelo médico ou enfermeira, segundo a necessidade do paciente-família e cuidador pactuando com o cuidador as próximas mudanças a implementar. Para otimizar o atendimento domiciliar podem ser realizados durante os mesmos procedimentos simples que podem facilitar o tratamento e cuidado do paciente, entre esses procedimentos encontra-se lavagem otológica, aplicação de medicamento intramuscular, colocação ou comprovação de sondas nasogástricas ou vesicais, realizar curativo ou ensinar a fazê-lo (como também prover os recursos necessários para os mesmos), aspiração de secreção, ensinar e orientar as formas de cuidar aos acamada. Em algumas situações a realização desses procedimentos não são suficientes para melhorar a condição de saúde do paciente sendo necessário a implementação das redes de apoio integradas pelos diferentes profissionais da saúde, mencionados anteriormente, os quais são comunicados verbalmente e por escrito durante os encontros entre profissionais, marcada data para dar cumprimento à solicitude e avaliação de real necessidade do caso.

O cuidador é peça fundamental para o desenvolvimento do atendimento domiciliar, por isso é importante brindar-lhe apoio, atender suas necessidades de saúde, ouvir suas queixas, planejar em conjunto as próximas ações a realizar. Oferecer cuidado ao cuidador diminui a sobrecarga física e emocional do mesmo.

Em resumo o atendimento domiciliar é um ótimo espaço para resgatar ao paciente com limitações que impede-lhe acessar aos serviços de saúde.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

A educação a distância, método usado durante o curso de especialização em saúde da família e comunidade, foi uma experiência completamente nova e inovadora que trouxe desafios a vencer.

A vantagem de poder realizar este tipo de modalidade de ensino, no meu caso, me possibilito ter acesso as aulas e conteúdo em horário ajustáveis a minha rotina do dia-a-dia e de trabalho. Além de disponibilizar à bibliografia para o desenvolvimento das atividades, o curso disponibilizo múltiplas ferramentas de ensino como: os vídeos aulas, pequenas histórias, notícias de jornais, desenhos, áudios, entrevistas, programas, e todos eles desde a criação de cidades e casos virtuais, que facilita a compreensão dos conteúdos convertendo-os mais interativos e dinâmico.

O fato de ser uma forma de ensino desenvolvido on-line me fez enfrentar desafios tecnológicos novos, pôr em me ensino a aproveitar melhor todas as ferramentas que o médio tecnológico nos oferece. Conseguir aproveitar mais o tempo de estudo, os conhecimentos e o próprio uso da informática, implementando os novos conhecimentos em meu trabalho profissional. Um dos maiores desafios enfrentado, em meu caso, foi a linguagem já que meu idioma natal é o espanhol, mas as exigências dos estudos ajudaram-me a melhorar meu português.

O eixo 1 sobre Saúde Coletiva mostra a história do surgimento da saúde pública(SUS), além de brindar ferramentas legais para a implantação dos programas e ações de saúde, reforçando o planteado na constituição brasileira: “a saúde é direito do home e dever do estado”.

Neste eixo conheci os modelos de atenção básica, a situação de saúde em brasil: determinantes sociais, os princípios do ABS/SUS, como planejar as ações de saúde. Além de me brindar instrumentos para a organização da APS, mostrou a importância dos indicadores epidemiológico e da vigilância em saúde e como eles estão relacionados diretamente com a saúde do usuário/comunidade. Além

de que para ter um melhor desenvolvimento no trabalho é fundamental aplicar os princípios éticos: “fazer o bem, evitar o mal”.

Nesta etapa do curso mostra ferramentas importantes para o desenvolvimento do pensamento científico mediante o conhecimento dos tipos de estudos epidemiológicos, o uso da Saúde baseada em Evidencia (estratégia PICO). Mostro como usar e retroalimentar o sistema de informação em saúde, usar e-SUS, o PMAQ, a territorialização em APS.

O conhecimento brindado neste eixo ajudou-me a organizar meu trabalho através da construção da agenda profissional, o registro clínico na APS(SOAP), as modalidades de condutas terapêuticas (PIS), abordagem familiar, método clínico centrado na pessoa. Em resumo esta primeira metade do curso me fez compreender a estrutura, organização, atividades e função da ABS-SUS desde uma visão teórica.

Já o eixo 2 sobre casos complexos foi uma implementação das ferramentas mostrada na primeira metade, este momento do curso foi mais dinâmico e prático já que expõe situações cotidianas do dia-a-dia.

O curso em geral ensina como trabalhar na atenção básica, que ferramenta pode-se utilizar para solucionar problemas, além de mostrar as vias legais para a implementação do trabalho. E tudo isso desde o trabalho em equipe, interagindo com outros profissionais de saúde com o propósito de brindar um serviço de saúde qualificado, humanizado, para todos os usuários de área de abrangência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUNCAN, B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. Medicina Ambulatorial. Condutas em atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Artmed, 2006. Proteção da saúde e prevenção das doenças do adulto e idoso.

DUNCAN, B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. Medicina Ambulatorial. Condutas em atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Artmed, 2006. Diabetes, doenças cardiovasculares e seus fatores de risco.

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Caderno de Atenção Básica, nº 33. Brasília-DF,2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Estratégia para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Caderno de Atenção Básica, nº 35. Brasília-DF,2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica, nº 37. Brasília-DF,2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade. Caderno de Atenção Básica, nº38. Brasília-DF,2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica, nº 15. Brasília-DF,2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Caderno de Atenção Básica, nº 14. Brasília-DF,2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Obesidade. Caderno de Atenção Básica, nº 12. Brasília-DF,2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Ministério da saúde. Secretária de Atenção à saúde. Rastreamento. Caderno de Atenção básica, nº 29. Brasília-DF,2010. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Vol. 1. Brasília-DF. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

Projeto diretrizes SBACV. 2015.

Diretrizes sobre diagnóstico e tratamento da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular(SBACV). Úlcera de insuficiência venosa crônica. Disponível em: jvascbras.com.br/pdf/vol4_n4_supl2.pdf.205

Normas de orientação clínica da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Disponível em: jvascbras.com.br

Insuficiência venosa: classificação e tratamento. BVS. Atenção primária à saúde. Disponível em: aps.bvs.br/aps/insuficiencias-venosa-classificacao-e-tratamento.

Augusto Caffaro, Roberto; Padro dos Santos, Vanessa; De Mello Porciúncula, Moacir. Como diagnosticar e tratar insuficiência venosa crônica. Disponível em: www.moreirajr.com.br/revista.asp?fase=r003&id_materia=2855

Conciso, Evidencias clinicas. 11ª edição. Tromboembolismo

Conciso, Evidencias clinicas. 11ª edição. Veias varicosas

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

STRONG, W. B. et al. Evidence based physical activity for school-age youth. Journal of Pediatrics, St. Louis, v. 146, n. 6, p. 732-737, Jun. 2005.

WRITING GROUP FOR THE ACTIVITY COUNSELING TRIAL RESEARCH GROUP. Effects of physical activity counseling in primary care: the activity

counseling trial: a randomized controlled trial. JAMA, Chicago, v. 286, n. 6, p. 677-687, Aug. 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The National Institutes of Health. The HIV medicine association of the infectious diseases society of America. The Pediatric Infectious Diseases Society. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children. June 2008. Disponível em: <http://AIDSinfo.nih.gov>

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy Statement. Organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. 2005. Disponível em: <http://www.aap.org>.

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 162-166, jun. 2003.

ARMSTRONG, J.; REILLY, J. J. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. Lancet, London, v. 359, n. 9322, p. 2003-2004, jun 2002.

CESAR, J. A. et al. Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 82, n. 6, nov./dez. 2006.

DANIELS, S. R. et al. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. Pediatrics, Evanston, v. 122, n. 1, July 2008. Disponível em: <http://www.pediatric.aapublications.org/cgi/content/full/122/1/198>.

HAIRE-JOSHU, D.; NANNEY, M. S. Prevention of overweight and obesity in children: influences on the food environment. The Diabetes Educator, Chicago, v. 28, n. 3, 2002. Disponível em: <http://tde.sagepub.com/cgi/content/abstract/28/3/415>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação. São Paulo, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde bucal. Brasília: Editora MS, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/>

MACMILLAN, H. L. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. CMAJ, Ottawa, v. 163, n. 11, Nov. 2000. Disponível em: <http://ecmaj.com/cgi/content/full/163/11/1451>

BRASIL. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/reorganização_plano.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. 2003. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/d_cronic.pdf

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/tobacco>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Hipertensão, [S.l.] v. 13, ano 13, jan./fev./mar. 2010.

CANAAN, F. A. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dez. 2006.

MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. Hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MOHAN, S.; CAMPBELL, N. R. C. Salt and high blood pressure. Clinical Science, London, v. 177, p. 1-11, 2009.

NKONDJOCK, A.; BIZOME E. Dietary patterns associated with hypertension prevalence in the Cameroon defence forces. European Journal of Clinical Nutrition, London, v. 64, n. 9., 2010. Disponível em: <http://www.nature.com/ejcn/journal/vaop/ncurrent/abs/ejcn2010109a.html>

SACKS, F. M. et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. N. Engl. J. Med., [S.I.], v. 135, n. 1, p. 1019-1028, jan. 2001.

SAVICA, V.; BELLINGHERI, G.; KOPPLE, J. D. The effect of nutrition on blood pressure. Annu. Rev. Nutr., [S.I.], v. 30, n. 30, p. 365-401, aug. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., [S.I.], v. 43, n. 4, p. 257-286, ago. 1999.

TROYER, J. L. et al. The effect of home-delivered Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) meals on the diets of older adults with cardiovascular disease. American Journal of Clinical Nutrition, New York, v. 91, n. 5, 2010.

ANEXO: PROJETO DE INTERVENÇÃO



Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre

Dra. Anairis Fernández Pérez

Projeto de intervenção

Mudança no estilo de vida para o controle da Hipertensão Arterial
nos pacientes pertencentes ao município Pareci Novo. 2017

Porto Alegre

2017

Resumo

Pareci Novo é um município do estado Rio Grande do Sul. Possui uma área de 59,868 km² e sua população estimada é de 3511 habitantes e é majoritariamente adulta sendo que 82,5% pertence as pessoas de 15 anos e mais. Após a realização do diagnóstico situacional foi possível identificar os principais problemas de saúde de nossa área, que é à alta incidência das DCNT: HAS e a falta de um controle adequado das mesmas, por quanto se faz necessário implementar políticas de saúde onde o objetivo seja educar e ensinar à população a alcançar o conhecimento de um estilo e modo de vida saudável. A presente proposta do projeto de intervenção educativa será desenvolvida com a população adstrita do município Parece Novo que estejam diagnosticados com hipertensão arterial em uso de medicamentos ou não, que mostrem nível altos de pressão e não realizem um adequado controle não farmacológico. Será realizada uma pesquisa nos prontuários físicos e/ou eletrônico na procura dos pacientes com diagnostico de HAS, os quais serão avaliados em consultas programada ou visita domicilia. Com o presente trabalho esperamos modificar o estilo de vida dos pacientes diagnosticado com hipertensão arterial no município, assim como aumentar seus níveis de conhecimento sobre sua doença e como maneja-a para ganhar mais autonomia, diminuindo os impactos negativo na saúde individual, familiar e da comunidade em geral.

Palavra-chave: doenças crônicas, hipertensão arterial, estilo de vida saudável.

Sumario

1. Introdução	1
2. Objetivos	9
2.1. Geral	9
2.2. Específicos	9
3. Revisão da literatura	10
4. Metodologia	13
5. Cronograma	15
6. Recursos necessários	16
7. Resultados esperados	17
8. Referencias	18
Anexos	

INTRODUÇÃO:

Pareci Novo é um município brasileiro do estado Rio Grande do Sul. Fundado o 20 de março de 1992. Possui uma área de 59,868 km² e sua população estimada em 2010 era de 3511 habitantes para uma densidade demográfica de 61,6 hab./km².

O nome Pareci origina-se de um índio vindo do Mato Grosso para a região quanto tinha entre 9 e 10 anos. Era descendente da tribo dos Parecis.

Elevado à categoria de município com a denominação de Pareci Novo, pela Lei Estadual n. ° 9.620, de 20-03-1992, desmembrado do município de Montenegro.

Aspectos demográficos.

O município está a 75 km de Porto Alegre, localizado no vale de Cai, limitando-se com os Municípios de Montenegro, São Sebastião do Cai, Harmonia e o Rio Cai. Conta com 5 micro áreas: Despique, Malte, pareci novo centro, Vila Progresso, Bananal.

Segundo informações do CENSO (2010) Pareci Novo teve um crescimento de aproximadamente 7,6% em dez anos. No ano 2000 o CENSO apontava Pareci Novo com uma população de 3242 habitantes, já o CENSO 2010 mostra uma população de 3511 habitantes, para um crescimento de 7,6% em uma década.

A população do município, ao igual que o resto do país, é majoritariamente adulta sendo que 82,5% pertence as pessoas de 15 anos e mais, para um total de 2898 indivíduos segundo dados do CENSO 2012.

Explorando suas características geográficas o município oferece a população a opção de lazer como contato direto com a natureza, com espírito ecológico.

Saneamento Ambiental e Energia:

Segundo dados levantados por IBGE, no censo 2010 da população de Pareci Novo em relação ao Abastecimento de água, energia, instalações sanitárias, elétricas e coleta de lixo distribui-se da seguinte forma: No abastecimento de água o 53,7% pertence as redes públicas e o 44,9% aos poços ou nascentes; em quanto aos serviços de energia elétrica o 100% de população conta com o

serviço. No serviço de coleta de esgotos, segundo instalações sanitárias o 98,4% pertence as fossas e o 0,3% as redes gerais de esgotos. No serviço de coleta de lixo temos coleta pública no 98,4% da população (1152 domicílios) e 2,0% queimado ou enterrado.

Em resumo o município conta serviços de saneamento básico. Todos os serviços são executados pela prefeitura do município de Pareci Novo.

Organização do sistema de Saúde

A secretaria Municipal de saúde e Assistência Social foi instituída através da lei municipal com o objetivo de atender as necessidades da população. Suas atribuições básicas são a assistência médico-social de apoio as atividades comunitárias, o adoecimento, auxílio aos necessitados, a reabilitação e recuperação e a melhoria das condições da vida dos grupos sociais mais necessitados. Tem como missão garantir o direito a Saúde e Assistência através da assistência básica a comunidade, promovendo condições de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde e bem-estar social; visando a melhoria da qualidade de vida do cidadão parisiense. Para garantir uma gestão participativa estabeleceram-se grupos de trabalho, adaptando metodologias de planejamento estratégico em saúde, identificando os problemas, definindo ações, prazos, responsáveis e realizando avaliações permanentes.

Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Pareci Novo (CMS) foi instituído através da lei Municipal No 058 de 03 de setembro de 1993 e tem como atividade assessorar a administração com orientações, planejamento, interpretação, julgamento e fiscalização de sua competência. O CMS é um órgão deliberativo colegiado com representante da população, prestadores de serviços, governo, profissionais de saúde e entidade dos municípios investimentos municipais na área de saúde são planejados pela secretaria seguindo as diretrizes da lei de diretrizes orçamentárias, aprovada pelo conselho municipal de saúde e posteriormente em audiência pública. O CMS funciona em caráter permanente,

atuar na formação de estratégias da política de saúde, controle da execução da política de saúde, inclusive seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, o conselho fiscaliza e aprova as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública.

Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde do município Pareci Novo foi criado através da Lei No 360 de 05 de setembro de 1997, que funciona como uma unidade orçamentária do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, possui conta própria vinculada aos programas (recursos), apresentando conforme comprova os relatórios do CIOP'S, e conforme Emenda Constitucional.

Programa Saúde da Família.

O município de Pareci Novo conta com 3 Unidade Básica de Saúde - UBS que tem infraestrutura com sala de aplicação de vacinas, consultório odontológico e instalações para profissionais como ginecologistas, médicos de saúde da família, psicólogo, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e profissionais de apoio, recepção, área do CRAS, salas para realização das oficinas e para o trabalho com os grupos, permitindo um atendimento adequado ao cidadão. Os Programas Saúdes Famílias nos centros de saúde constituem a rede Básica de Saúde, com uma taxa de cobertura em Pareci Novo de 100%. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, e devem ser as primeiras a serem procuradas no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. Já as equipes de zoonoses dos centros de saúde são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais. Nas unidades, o usuário pode se consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços.

Em relação aos recursos humanos em Saúde, Estratégia de Saúde da Família - ESF possui 1 médico de família, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e de 5

agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Atualmente só se trabalha de segunda a sexta feira 8:00 am a 17:00 pm. A carga horaria semanal é de 40 horas. Os médicos do programa Mais Médicos têm 32 horas na assistência e 8 horas de estudo no curso de especialização.

Alfabetização

O nível de Alfabetização vem se reduzindo nos últimos 30 anos, tanto no município como no país (no Brasil, a taxa de analfabetismo é de 13,6%). Os maiores índices de analfabetismo no município encontram-se nas faixas etárias que vão de 60 anos ou mais com 0,8 %.

Equipe de Saúde da família

A Equipe de Saúde da Família tem 3511 usuários, e atende a população do Bairro.

O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento, realizado cinco vezes por semana onde são oferecidos aos usuários os seguintes serviços: Consulta de enfermagem, Consulta medica Atendimento odontológico, Visita domiciliar, Assistência ao pré-natal, Prevenção do Câncer do colo do útero, Puericultura, Coleta de materiais biológicos, Imunização, teste do pezinho, Trabalho de zoonose, Curativos, Encaminhamentos para academia da cidade, Encaminhamento para fisioterapia, Grupos interativos, planejamento familiar, tabagismo e saúde mental.

A maior parte da população adstrita ao território vive sem dificuldade financeira. O número de idosos aposentados é relativamente grande e grande parte dos usuários são idosos e moram sozinhos, frequentemente sem o apoio dos familiares. As causas de óbitos mais frequentes em nossa área de abrangência são: As doenças cardiovasculares e respiratórias, neoplasias e outras.

PROBLEMA

Após a realização do diagnóstico situacional do território foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nossa área de abrangência (na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde e da própria prefeitura de Pareci Novo), a alta incidência das DCNT: HAS e a falta de um

controle adequado das mesmas. Também, foi constatado durante as consultas, visita domicílios, atividade de grupo, que os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (HAS) a pesar de ter tratamento medicamentoso mostravam cifras tensionais elevada. Durante as entrevistas em procura de possível causa do porquê dos níveis altos de pressão constatamos que os pacientes não tinham uma alimentação adequada, não faziam exercícios físicos ou atividade de lazer, ou não estava vinculado a nenhuma atividade em grupo, e outros não estavam assistindo as consultas de acompanhamento continuado.

JUSTIFICAÇÃO

Conhecendo que um dos principais problemas da comunidade está sendo a alta incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (HAS) as quais são influenciadas pela cultura alimentaria, as tradições de um povo descendente de alemães, a falta de controle das DCNT, e as mudanças e condições ambientais; se faz necessário implementar políticas de saúde onde o objetivo seja educar e ensinar à população a alcançar o conhecimento para chegar em um estilo e modo de vida saudável. Onde o controle seja levado tanto por o indivíduo quanto pela família e a comunidade, a traves do fortalecimento dos grupos da Doenças Crônica não Transmissíveis, das consultas, das visitas domiciliar, e do acompanhamento ao longo do tempo dos pacientes com DCNT.

E que a falta de controle delas produz mudanças negativas tanto na vida dos pacientes quanto da família, da comunidade, da sociedade e nos serviços de saúde.

Tendo como base os dados elencados até o momento, levando-se em conta as principais causas de mortalidade do município; as expectativas de vida; longevidade que a população possui, a cultura que deu origem a história da região Sul, é que precisam ser reeducados em prol da saúde individual, familiar e coletiva. Educação que precisa reconhecer que a saúde não é somente a ausência de doenças, mas também garante o bem-estar físico, emocional, espiritual, familiar, econômico-ambiental.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a qualidade de vida e controle das doenças crônicas não transmissíveis nos pacientes da equipe de saúde de Pareci Novo.

Objetivos específicos:

1. Identificar aos pacientes da área de abrangência com doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão arterial.
2. Identificar fatores risco que interferem no controle das doenças crônicas não transmissíveis
3. Elaborar plano de atividade para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.
4. Sensibilizar aos pacientes sobre a necessidade de modificar o estilo e o modo de vida para melhorar sua saúde.
5. Realizar atividades educativas que aumentem os conhecimentos sobre as DCNT.

REVIÇÃO DA LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral. (Duncan; Ministério da Saúde)

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou cerca de 36 milhões de mortes globais (63%) por DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. (Duncan; Ministério da Saúde)

As doenças crônicas não transmissíveis afetam as pessoas de todas as idades, sexos, classe sociais e camadas econômicas; sendo mais afetados os indivíduos pertencentes aos grupos de risco ou com fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, baixa escolaridade e renda e hábitos alimentares não saudáveis.

Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% das pessoas contam menos de 60 anos de idade, enquanto nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces. (Duncan; Ministério da Saúde)

No Brasil, em 2013, após efetuar a correção para sub-registro e a redistribuição das causas mal definidas de óbitos, observou-se que 72,6% do total de óbitos registrados no país foram por DCNT e, dentre esses, 79,4% foram devido às quatro principais DCNT: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. (Duncan)

As DCNT causam perdas econômico, que, não só afeta ao indivíduo propriamente dito, mais também prejudica ao sistema de saúde, a sociedade e à economia do país, essas doenças estabelecem um círculo vicioso com a pobreza, impactando negativamente sobre o desenvolvimento micro e macroeconômico dos países.

A hipertensão arterial é uma doença crônica altamente prevalente, de elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbimortalidade brasileira e do mundo. (Corrêa).

Em função da gravidade das DCNT e seus impactos nos sistemas de saúde e na sociedade, em 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) convocou uma reunião de alto nível sobre DCNT para debater compromissos globais sobre o tema. Essa reunião resultou em uma declaração política, na qual os países-membros se comprometem a trabalhar para deter o crescimento das DCNT mediante ações de prevenção de seus principais fatores de risco e empenho pela garantia de uma adequada atenção à saúde. Na sequência, durante a 66ª Assembleia Mundial da Saúde, foi aprovado um plano de Ação Global para a redução da mortalidade por DCNT em 25% no prazo de uma década. O Brasil participou ativamente dessa mobilização global ao lançar o 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022', que define metas e compromissos, ações e investimentos no sentido de preparar o país para o enfrentamento dos desafios representados pelas DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos. (Malta DC).

Para o controle das DCNT é importante que os sistemas de saúde estabeleçam políticas onde sejam priorizadas a realização de atividades de promoção, prevenção e vigilância contínua em saúde; além de garantir o atendimento de qualidade e com a participação integrada dos profissionais de diferentes áreas de trabalho.

O grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se na elaboração e aplicação de políticas de controle, vigilância e monitoramento focadas na prevenção e atenção aos indivíduos ou portadores dessas doenças em todas as regiões, porque a carga de morbidade e o curso prolongado dessas doenças requer uma abordagem longitudinal e integral. Além disso, é necessário atuar sobre os condicionantes e determinantes de saúde, articulando ações mais efetivas (do Estado) no sentido de minimizar as desigualdades, bem como coordenar ações intra e intersetoriais, operando um cuidado integral das DCNT e seus fatores de risco. (Duncan; Malta DC).

O Ministério da Saúde preconiza que seja trabalhada as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser abordados e controlados, mesmo com doses progressivas de medicamentos (Ministério da Saúde, Caderno de atenção básica Nº37. 2014).

Vários estudos demonstram que as pessoas com estilos de vidas sedentários, alimentação inadequada; consumo de tabaco ou álcool apresentam um aumento dos riscos para desenvolver agravos a saúde física ou psicológica, em tanto a manutenção de estilos de vidas saudável demonstra benefícios não só para a saúde física mais também para a saúde mental diminuindo estados como ansiedade, depressão, estresse e aumentando a autoestima e confiança dos indivíduos. Com a prática de atividade saudável pode-se mudar o curso das doenças com alta morbimortalidade como são doenças coronárias, as cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, entre outras; além dos benefícios que traz para os indivíduos com DCNT, as mudanças nos estilos de vida beneficiam também as pessoas normais, retardando o surgimento das mesmas. Diferentes estudos enfatizam na importância para a saúde individual, familiar, coletiva e para a sociedade da prática e manutenção de hábitos saudável.

METODOLOGIA E METODO

A presente proposta do projeto de intervenção educativa será desenvolvida com a população adstrita do município Parece Novo que estejam diagnosticado com hipertensão arterial em uso de medicamentos ou não, que mostrem nível altos de pressão e não estejam realizando um adequado controle não farmacológico, com o objetivo de desenvolver uma série de ações educativas que visem a melhorar a qualidade de vida, através da modificação dos modo e estilo de vida para assim diminuir os impactos negativos da hipertensão arterial na população e sociedade em geral. Será realizada uma pesquisa nos prontuários físicos e/ou eletrônico na procura dos pacientes com diagnostico de HAS, os quais serão avaliados em consultas programada ou visita domicilias. Serão aplicados questionários sobre alimentação saudável e pratica de atividade física que possa-nos ajudar na escolha de casos.

Em relação ao desenho das operações pretende-se aumentar o nível de informação dos pacientes com DCNT: HAS em relação a sua doença. Para isso serão criados grupos operativos específicos. Estratégias de comunicação serão necessárias para que se tenha mobilização da população participante.

Para a realização desse projeto de intervenção é preciso articular parceria entre unidade básica de saúde (ESF) – CRAS, e articular parceria entre unidade básica de saúde e secretaria de saúde do município. Outro ponto importante é o de garantir distribuição dos medicamentos necessários para tratamento das DCNT e comprovar a adesão terapêutica dos pacientes.

A implantação de um dia reservado para o atendimento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em consultas programadas, visita domiciliar e atividade com os grupos. Objetiva-se acolher parte dos pacientes com HAS, segundo critérios de inclusão e de exclusão. Sendo necessária também a articulação com a prefeitura municipal, especialmente secretaria municipal de saúde. Para elevar a cobertura de atendimentos é preciso fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira.

Outra operação necessária é de modificar hábitos e estilos de vida dos pacientes selecionados, que significa boa saúde, incluindo práticas de atividade física e boa alimentação. Mudanças no estilo de vida é fundamental no tratamento desses pacientes. Para isso é preciso de parceria com educadores físicos e fisioterapeutas, nutrição, psicólogo, na tentativa de abordar esses pacientes.

Outra das ações seria estimular o uso de outras fontes de soluções como tratamento alternativo oferecido por a medicina natural e tradicional, o fornecimento das atividades físicas e atividade de lazer como rodas de chimarrão, caminhadas, escurões, atividades de lazer desenvolvidas na praia, assistir filme que tratem sobre problemáticas de saúde, estimular a realização de oficinas sobre formas de preparação de alimentos saudável.

Critérios de inclusão

- Todo paciente hipertenso do município de Parece Novo; em uso ou não de anti-hipertensivos.
- Com nível alto de pressão constatada no mínimo em duas consultas programada,
- Paciente sem conhecimento dos benefícios de levar estilo de vida saudável ou paciente com conhecimento dos benefícios, mas não os aplica
- Todo paciente que cumpra o antes mencionado e queira participar do projeto.

Critério de exclusão

- Todo paciente que não tivesse diagnóstico de HAS
- Que não seja morador do município
- Paciente com diagnóstico de HAS, mas com nível de pressão compensada constatado em no mínimo 2 consultas programada
- Paciente que realizem alimentação saudável e pratiquem atividade física.
- Todo paciente que não queira participar do projeto.

CRONOGRAMA

Ações	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	outo	Nov	dice
Avaliação da procura medica e situação de saúde para determinar problema a trabalhar	X											
Pesquisar nos prontuários os casos de hipertensão diagnosticada.	X	X										
Revisão da literatura			X	X								
Avaliação e seleção dos pacientes que cumpram com os critérios de inclusão.				X								
Apresentação da proposta de trabalho				X								
Planejamento das atividades a realizar				X								
Convidar os pacientes				X								
Desenvolver as atividades planejadas nos grupos.					X	X	X	X	X	X	X	X
Controle dos níveis da pressão arterial.					X				X			

RECURSOS NECESSARIO

Recursos humanos:

Equipe da saúde da família: agentes comunitários, enfermeira da família, técnica de enfermagem da família, médico da família.

Reeducador físico.

Nutricionista.

Assistente social.

Secretaria de saúde.

Recursos materiais

Tempo disponível para desenvolvimento dos trabalhos de pesquisas e procura de informação.

Computador, Folias, canetas, lápis, impressora, acesso à internet, TV, cadernos para o registro das atividades.

Esfigmomanômetro de mercúrio.

Espaços para o desenvolvimento das atividades.

Horário disponível para desenvolvimento das atividades com os grupos.

Meios de transporte.

RESULTADOS ESPERADOS

Com o presente trabalho esperamos modificar o estilo de vida dos pacientes diagnosticado com hipertensão arterial no município, e que não mostram um controle adequado dos níveis de pressão.

Esperamos que os pacientes aumentem seus níveis de conhecimento sobre sua doença e como maneja-a para ganhar mais autonomia e responsabilidade nas suas vidas, diminuindo também os impactos negativo na saúde individual, familiar e da comunidade em geral. Esperamos produzir mudanças que possam ser mantidas e ensinada às próximas gerações, estimulando os estilos de vida e alimentação saudáveis, pratica de exercícios, diminuição do consumo do álcool e cigarro e o disfrute de atividade de lazer.

O maior logro de nosso projeto seria conseguir diminuir a incidência das complicações que possam surgir pela falta de controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus impactos negativos produzidos nos indivíduos, as populações, as comunidades, tanto a nível social quanto econômico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Duncan BB, Stevens A, Iser BPM, Malta DC, Silva GA, Schmidt MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. Brasília. Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Mortalidade: Brasil. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
3. Corrêa, Domingo Thiago; Namura, José Jorge; da Silva, Atallah Ponte Camila; Castro, Gouveia Melina; Meneghini, Adriano; Ferreira, Celso. Hipertensão arterial sistêmica atualidade sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Disponível em <https://nepas.emnuvens.com.br/amabc/article/>
4. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude. 2011 out-dez;20(4):425-38.
5. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica, Caderno de Atenção Básica nº37 Brasília-DF 2014 pag 21

BIBLIOGRAFICA

- Batista F, Isaias; De Jesus, Leonardo L; de Araújo, Lucinei GS. Atividade física e seus benefícios à Saúde. Disponível em <https://www.inesul.edu.br/revista/>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Caderno de Atenção Básica nº 35. Brasília-DF. 2014
- Benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida do idoso. 2010. Disponível em <http://www.bireme.br>
- Atividade física e funcionalidade do idoso. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br>
- Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. Disponível em <http://www.scielo.br>
- Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características. Disponível em http://Revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo
- Exercício físico e felicidade. Análise da correlação em diversos grupos participante. Disponível em <http://www.efdeportes.com>
- Exercício físico e o controle da pressão arterial disponível em <http://www.scielo.br>
- Exercício físico no tratamento d hipertensão arterial sistêmica. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf>
- Efeito dos exercícios físicos aeróbicos na hipertensão arterial-UFJF. Disponível em <http://www.ufuj.br/pgedufisica/>
- O tratamento fisioterapêutico na hipertensão arterial sistêmica. Disponível em <http://www.fisioweb.com.br>
- Reducción del consumo de sal en la población, informe de un foro y una reunión técnica de la OMS del 5 al 7 de octubre del 2006. París. Francia (título original). Disponível em biblioteca virtual em saúde, portal regional de BVS: <http://www.pesquisa.bvsaud.org/portal>

- Recomendações e práticas saudáveis entre os indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Disponível em biblioteca virtual em saúde. Portal regional de BVS: <http://www.pesquisa.bvsaud.org/portal>
- Consumo de frutas, verduras y presión arterial. Un estudio poblacional (título original). Disponível em biblioteca virtual em saúde. Portal regional de BVS: <http://www.pesquisa.bvsaud.org/portal>
- Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Disponível em <http://www.departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>
- Tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial. Disponível em http://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/
- O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. Disponível em <http://www.researchgate.net/profile/>
- Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Disponível em [departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-4/epidemiologia.pdf](http://www.departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-4/epidemiologia.pdf).
- Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)-Brasil. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf>
- Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br>
- Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Disponível em <http://www.scielo.br>
- Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistido na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. Disponível em <http://redalyc.org/html/408>
- Dificuldade e facilidade dos doentes no seguimento do tratamento de hipertensão arterial. Disponível em <http://revista.usp.br/reeusp/article>
- O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf>
- Programa de controle de hipertensão no sistema público. Disponível em <http://www.rbconline.org.br>

- O autocuidado em indivíduos com hipertensão. Disponível em <http://evistas.ufg.br>
- Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br>
- Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. Disponível em <http://www.dms.ufpel.edu.br>
- Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Disponível em <http://www.resarchgate.net>
- Refletindo sobre pressuposto para o cuidar /cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. Disponível em <http://www.scielo.br>

ANEXO 1

Classificação dos graus de recomendação da Oxford Centre for Evidence-Based Medicine e tipos de estudo que levam em consideração

Grau de Recomendação	Nível de Evidência	Exemplos de Tipos de Estudo
A	Estudos consistentes de nível 1	Ensaio clínico randomizado e revisão de ensaios clínicos randomizados consistentes.
B	Estudos consistentes de nível 2 ou 3 ou ex- trapolação de estudos de nível 1	Estudos de coorte, caso-controle e ecológicos e revisão sistemática de estudos de coorte ou caso-controle consistentes ou ensaios clínicos randomizados de menor qualidade.
C	Estudos de nível 4 ou extrapolação de estudos de nível 2 ou 3	Séries de casos, estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade.
D	Estudos de nível 5 ou estudos inconsistentes ou inconclusivos de qualquer nível	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)

Fonte: (CENTRE FOR EVIDENCE – BASED MEDICINE, 2009).

ANEXO 2

Classificação da qualidade de evidência proposta pelo Sistema GRADE

Qualidade da Evidência	Definição	Tipos de Estudo
A (Alta)	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo da quele estimado.	Ensaio clínico randomizado bem planejado e conduzido, pareado, com controle e análise de dados adequados e achados consistentes. Outros tipos de estudo podem ter alto nível de evidência, contanto que sejam delineados e conduzidos de forma adequada.
B (Moderada)	Há confiança moderada no efeito estimado.	Ensaio clínico randomizado com problemas na condução, inconsistência de resultados, imprecisão na análise e vieses de publicação.
C (Baixa)	A confiança no efeito é limitada.	Estudos observacionais, de coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses, ou ensaios clínicos com importantes limitações.
D (muito baixa)	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados	Estudos observacionais não controlados e observações clínicas não sistematizadas, exemplo relato de casos e série de casos.

ANEXO 3

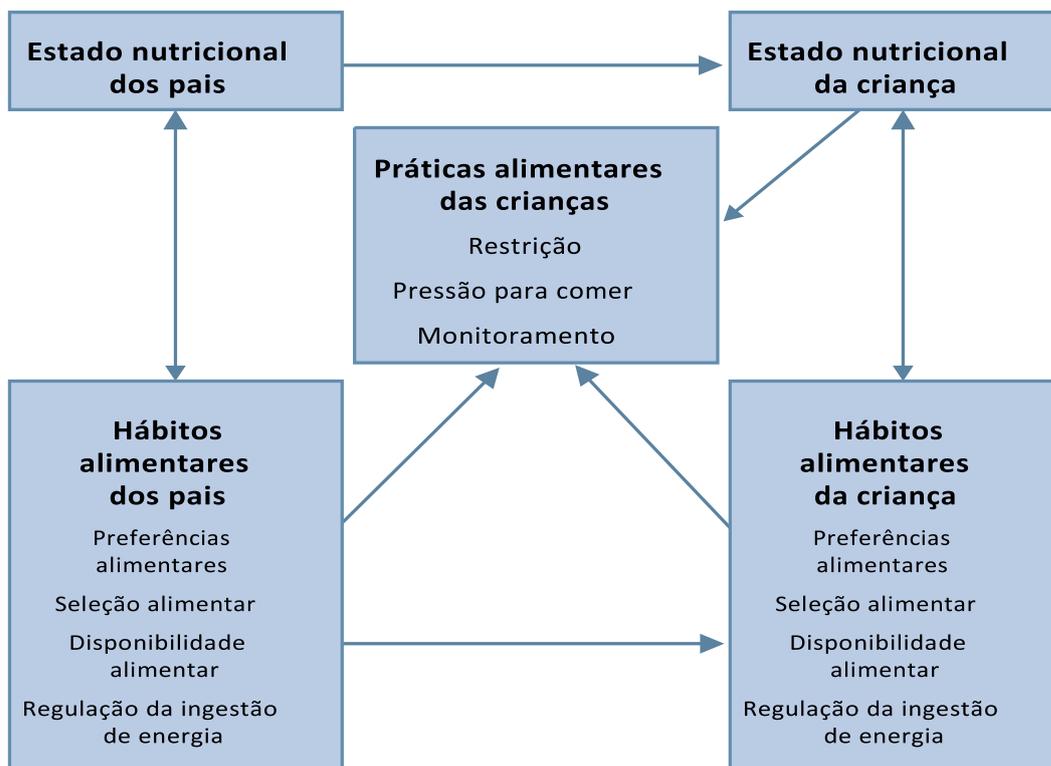
Classificação da pressão arterial em menores de 18 anos

Média das 2 últimas de 3 aferições da pressão arterial na consulta	Definição
PA sistólica e diastólica < percentil 90	Normal
PA sistólica média e/ou diastólica média entre o percentil 90 e 95	Normal alta
PA sistólica média e/ou diastólica média > percentil 95	Alta ou hipertensão arterial

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006

ANEXO 4

Mediadores comportamentais de semelhança familiar no hábito alimentar e no estado nutricional



Fonte: BIRCH, 2002, p. 161-176.

Anexos 5

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DESLIGAMENTO NA ATENÇÃO DOMICILIAR	
Inclusão	Desligamento
<ul style="list-style-type: none">• Ter tido alta da AD2/AD3, mantendo interface entre as equipes de atenção domiciliar e as da atenção básica;• Ter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da AD; nos casos em que as condições físicas precárias implicam aumento de riscos para a saúde do usuário, elas deverão ser avaliadas pela equipe multidisciplinar;• Ter o consentimento informado do usuário (se consciente) e/ou de seu representante legal;• Estar impossibilitado de se deslocar até o serviço de saúde;• Necessitar de cuidados numa frequência de visitas e atividades de competência da atenção básica;• Não se enquadrar nos critérios de inclusão nas modalidades AD2 e AD3.	<ul style="list-style-type: none">• Mudança de área de abrangência, devendo ser transferido para a equipe responsável pela área do novo domicílio;• Impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio;<ul style="list-style-type: none">• Não aceitação do acompanhamento• Recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde;• Piora clínica que justifique AD2/AD3 ou internação hospitalar;• Cura;• Óbito.

ANEXO 6

Modalidades de atenção domiciliar

Modalidade	Perfil do usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	- Problemas de saúde controlados/ compensados	Equipe de atenção básica	Habitualmente contínua
	- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde		
	- Necessita de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde		
	- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês		
	- Dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)		
AD2	- Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde	EMAD + EMAP	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
	- Necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro		
	- Necessidade de, pelos menos, uma visita/semana		

AD3	- Semelhante ao da AD2, mas que faça uso de equipamentos/ procedimentos especiais	EMAD + EMAP	Habitualmente contínua
-----	---	-------------	------------------------

Fonte: (BRASIL, 2011).