

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS  
CURSO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mae Lin Méndez Munoz

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA APRIMORAR O CONHECIMENTO SOBRE A  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E SEUS FATORES DE RISCOS NA  
ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA JAVARIZINHO DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE ENFERMEIRA LEONTINA LIMA DA SILVA**

**BENJAMIN CONSTANT- AM**

**2017**

Mae Lin Méndez Munoz

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA APRIMORAR O CONHECIMENTO SOBRE A  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E SEUS FATORES DE RISCOS NA  
ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA JAVARIZINHO DA UNIDDAE BÁSICA DA  
SAÚDE ENFERMEIRA LEONTINA LIMA DA SILVA**

Trabalho referente á conclusão do Curso de  
Especialização em Saúde da Família  
apresentado para UNASUS/UFCSPA com o  
objetivo parcial para finalização do curso.

Orientador: Dr. Bruno Brunelli

**BENJAMIN CONSTANT- AM  
2017**

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CRAS	Centro de Referencia de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IMC	ndice de massa corporal
NASF	Núcleo de Apoio  Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema nico de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPSPA	Universidade Federal de Porto Alegre
UNASUS	Universidade Aberta do UNA-SUS

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Distribuição da População por sexo e faixa etária.....	8
--	---

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 Genograma.....	16
Figura 2-Planejamento junto com Psicóloga e Assistente Social para atividade com pacientes de Saúde Metal.....	21

## SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO. ....	10
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	17
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO.....	22
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	26
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	29
7. ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	30

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Mae Lin Méndez Munoz, tenho 33 anos, sou natural de Cuba onde estudei e me graduei com o título de doutora em medicina, em 17 de julho de 2007 pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago de Cuba. Iniciei minha carreira profissional como médica geral no município Frank Pais, onde trabalhei pelo período de dois anos. Posteriormente ao mesmo tempo em que trabalhava continuei com meus estudos de pós-graduado no mesmo instituto e me graduei com o título de Especialista em Primer Grau em Medicina Geral Integral, em 06 de dezembro de 2009. Dois anos depois atuei na Venezuela no estado de Caracas, em esse mesmo período enriqueci minha experiência profissional.

Após três anos ao retornar ao meu país fui convidada a trabalhar no Programa Mais Médico no Brasil, me aderi ao programa em julho de 2016, e desde então, atuo no município de Benjamin Constant, estado do Amazonas. Estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Enfermeira Leontina Lima Da Silva com uma equipe composta pela médica "eu", uma enfermeira, um técnico de enfermagem e dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No presente momento a nossa equipe ainda não tem disponível o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pois o projeto foi elaborado em uma ocasião, mas não se concretizou, ainda. Nossa disponibilidade de assistência médica especializada é limitadíssima, pois não temos nem uma clínica que disponibilize esse tipo de atendimento, só tem no município um cirurgião e recentemente está vindo um especialista em ortopedia que oferece atendimento todos os sábados.

A área de abrangência atende aos bairros: Javarizinho e parte do Centro. O território abrangente à UBS, corresponde a cinco micros áreas de alto risco. Há uma igreja católica, duas escolas, uma quadra de esporte, além disso, está em construção um conjunto formado por uma unidade básica de saúde e uma creche.

Em nosso território de abrangência encontra-se a Associação Projeto Jacuizinho que foi fundada em 15 de outubro de 2002 com o objetivo de resgatar crianças e adolescentes para que não venham usar produtos químicos tais como drogas, álcool entre outros, ou seja, não trata dependentes químicos, só trabalha com meninos em idades vulneráveis, prevenindo que sejam doentes no futuro. Esta associação não é financiada pelo governo, ela funciona com doações recebidas, desde sua criação tem

tido muita aceitação pelas pessoas e a comunidade porque oferece para a criança atividades esportiva e de lazer.

O número da população total de nossa responsabilidade sanitária é de 3 215 habitantes segundo dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a tabela abaixo descreverá a quantidade de habitantes por sexo e faixa etária.

Tabela 1- Distribuição da População por sexo e faixa etária

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menores de 1 ano	42	26	68
1 a 4 anos	90	61	151
5 a 9 anos	110	215	325
10 a 14 anos	130	118	248
15 a 19 anos	160	321	481
20 a 39 anos	338	264	602
40 a 49 anos	215	310	525
50 a 59 anos	239	319	558
60 anos ou mais	149	108	257
Total	1473	1742	3215

Fonte: Sistema de Atenção Básica, Benjamin Constant, 2017

A equipe têm 703 famílias e delas 576 não tem acesso à água potável e nem saneamento básico, o território é de alto risco pelas condições ambientais desfavoráveis, as casas são alagadas pelo rio, que as invadem totalmente, e na vazante a qual ficam parcialmente sem água, clima tropical, que permanecem assim o ano todo, em ocasiões por mais de quatro meses como acontece nestes momentos, esta situação, juntamente com o não tratamento da água afeta a saúde das pessoas que bebem a mesma, sem tratar diretamente, do rio e da chuva, nem mesmo adicionam hipoclorito, além disso a maioria das casas tem o banheiro fora da residência com condições inadequadas e quando o rio Solimões causa inundações, a água contaminasse e logo as pessoas bebem dela e adoecem. As maiorias das casas são de madeira, mas têm condições estruturais confortáveis, o saneamento básico dos resíduos sólidos não apresenta dificuldades desde que inicio se a nova gestão.



A maioria dos moradores não trabalha, e por isso não possuem condições econômicas favoráveis, sendo assim que muitas delas vivem da agricultura e da pesca. As doenças mais frequentes nos atendimentos são diarreicas, respiratórias e de transmissão vetorial, parasitoses intestinais, micoses cutâneas e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

O projeto de intervenção na UBS foi sobre HAS com o título: Intervenção educativa para aprimorar o conhecimento sobre a Hipertensão Arterial e seus fatores de riscos no Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Javarizinho da UBS Enfermeira Leontina Lima da Silva, Município Benjamin Constant do Amazonas. Este projeto foi direcionado a todos pacientes maiores de 18 anos cadastrados como hipertensos na UBS de Leontina EFS Javarizinho. Será realizada busca ativa dos casos a partir dos prontuários. A escolha desta temática foi relevante, pois se tem observado um alto índice de pacientes hipertensos o que constitui um problema de saúde já que é um importante fator de risco para aumentar a morbidade e aparecimento de outras complicações.

Com isto pretendemos reduzir o número de complicações produzidas pela doença e alcançar um maior controle dos pacientes hipertensos, já que logrando seu controle evitamos a curto e longo prazo as complicações da mesma.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Na Rua 21 de abril moram uma família composta por seis membros: o senhor Manoel Zagury Do Nascimento com sua esposa Alcione Magalhães Castro e seus dois filhos: Ângelo e Helvo este último casado e com uma filha. Eles recebem atendimento na UBS Enfermeira Leontina Lima Da Silva. O senhor Manoel de 58 anos de idade é fumante há 05 anos, e tem histórico de saúde de HAS diagnosticada há três anos, com tratamento regular com Hidroclorotiazida (25 mg ), 1 comprimido ao dia, Captopril (25 mg), 1 comprimido de 12/12 horas e Acido Acetil Salicílico (100mg), 1 comprimido ao dia. Neste momento assintomático.

### Dados de triagem:

- Pressão Arterial (PA): 140/95 mmHg
- Peso: 83 kg
- Altura: 1.62 cm
- Temperatura: 36,7 graus
- Índice de Massa Corporal (IMC): 31.6 kg/m<sup>2</sup>

### Exame Físico:

- Pele e mucosas: normocoloreadas, sem lesões.
- Pescoço: Tireoide não visível nem palpável, não adenopatias, não turgência jugular.
  - Aparelho respiratório: Não dispneia, não tiragem, murmulho vesicular normal, não estertores. Frequência respiratória: 19 respirações por minutos.
  - Aparelho cardiovascular: Batimentos cardíacos rítmicos, não sopros. Batimentos cardíacos: 72 batimentos por minutos.
    - Pulsos arteriais periféricos presentes e sincrônicos, temperatura distal normal.
    - Abdome: Globuloso, depressível, não visceromegalia, não tem dor a palpação, ruídos hidroaéreos presentes e normais. Não sopro renal nem circulação colateral.
    - Tecido celular subcutâneo: Não edemas.
    - Sistema Osteômioarticular: Sem alterações.
    - Sistema Nervoso Central: Orientado em tempo, espaço e pessoa, não sinais de focalização neurológica.
- Exame do fundo de olho: não temos aparelho.

**Impressão diagnóstica:** HAS Estágio I. ObesidadeConduta:

Solicito exames de Hemograma completo, Urina tipo I, Glicose, Colesterol, Triglicerídeos, Ureia, Creatinina, Ácido Úrico, TGP e TGO, Eletrocardiograma e Ultrassonografia de abdome total.

O atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com diagnóstico de HAS requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual destes exames, no entanto, o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, considerando sempre o risco cardiovascular, as metas de cuidado e as complicações. (BRASIL, 2013,p.46)

Além disso, recomendam que o cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. (BRASIL, 2013)

É por isso que faço as seguintes orientações:

- ✓ Mudanças no estilo de vida.
- ✓ Alimentação saudável, rica em frutas e verduras (restrição de sal, baixas gorduras saturadas e totais e cafeína).
- ✓ Controle de peso corporal.
- ✓ Evitar o sedentarismo.
- ✓ Prática regular de exercícios físicos (natação, bicicleta, caminhadas), pelo menos 30 minutos por dia, cinco dias por semana.
- ✓ Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas.
- ✓ Cessação do tabagismo.
- ✓ Encaminhamento para avaliação com a nutricionista.
- ✓ Manter o tratamento medicamentoso.
- ✓ Agendar retorno para avaliação dos exames.

O paciente vai à consulta de enfermagem para controle de seus fatores de risco. A enfermeira Rejane realiza atividade educativa sobre promoção de mudanças do estilo

de vida, adoção de hábitos alimentares saudáveis, e explica ao paciente sobre a importância da modificação do estilo de vida para prevenir complicações futuras e que seu cumprimento aumenta a eficácia do tratamento medicamentoso e reduz o risco cardiovascular.

O dia 27/9/2017 o paciente retorna a consulta acompanhamento e avaliação de exames.

Com os dados da triagem:

- PA: 130/80 mmHg
- Peso: 83 kg
- Altura: 1.62 cm
- Temperatura: 36,7 graus
- IMC: 31.6 kg/m<sup>2</sup>

O usuário refere sentir-se bem, está fazendo caminhadas diárias, quando perguntado pelo fumo, dá uma olhada avergonhada porque não logrou diminuir a quantidade de cigarros ao dia.

Exame Físico:

- Pele: Pele e mucosas: normocoloreadas, sem lesões.
- Aparato Respiratório: Não dispneia, não tiragem, murmúlo vesicular normal, não estertores. Frequência respiratória: 20 respirações por minuto.
- Aparato Cardiovascular: Ritmo cardíaco sem alterações, não sopros. Batimentos Cardíacos: 82 batimentos por minutos.
- Abdome: Globuloso, depressível, não visceromegalia, não doloroso, ruídos hidroaéreos presentes e normais. Não sopro renal nem circulação colateral.
- Tecido Celular Subcutâneo: Não edemas.
- Sistema Osteômioarticular: Sem alterações.
- Sistema Nervoso Central: Orientado em tempo, espaço e pessoa, não sinais de focalização neurológica.

Avalio resultado de exames:

- ❖ Hemograma completo: Hemoglobina 15,32 g/dl, Hematócrito 44%, Leucograma 5,000 mil/mm<sup>3</sup>, Plaquetas 176 mil/mm<sup>3</sup>, leucócitos: 7,5x10<sup>9</sup>/L, plaquetas: 200.000/mm<sup>3</sup>

- ❖ Creatinina: 0,6 mg/dl
- ❖ Ureia: 20 mg/dl
- ❖ Glicemia em jejum: 78 mg/dl
- ❖ TGP: 18 U/L
- ❖ TGO: 20 U/L
- ❖ Triglicéridos: 140 mg/dl
- ❖ Colesterol total: 242 mg/dl
- ❖ Colesterol LDL: o paciente não trouxe o exame por não teve condições económicas para fazê-lo.
- ❖ Colesterol HDL: o paciente não trouxe o exame por não teve condições económicas para fazê-lo.
- ❖ EKG: Sem alterações.
- ❖ Ultrassonografia de Abdome total: Sem alterações.

O paciente além de HAS tem fatores de risco como hipercolesterolemia, tabagismo e obesidade, portanto o senhor Manoel tem risco elevado de sofrer nos próximos anos uma doença cardiovascular.

### Orientações

- ✓ Maior ingestão de alimentos ricos em potássio (feijões, ervilha, vegetais de cor verde-escuros, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate e laranja).
- ✓ Redução do consumo de bebidas alcoólicas.
- ✓ Manter os exercícios físicos aeróbicos regulares (30 minutos de caminhadas diárias para lograr a redução do peso corporal).
- ✓ Adotar medidas anti-stress (meditação, massagem, ioga, tai chi, pescaria, trabalhos manuais, trabalhos voluntários, etc.).
- ✓ Adotar uma dieta baixa em calorias, balanceada, evitando o jejum e as dietas “milagrosas”.
- ✓ Consumir menos de 300 mg de colesterol por dia. O consumo de gorduras saturadas não deverá ultrapassar a 10% do total de gorduras ingeridas.
- ✓ Redução do consumo de sal a menos de 6g/dia (01 colher das de chá) e consumir os vegetais preferivelmente sem sal.
- ✓ Evitar açúcar e doces;

✓ Preferir erva especiarias e limão para temperar os alimentos. Ingerir alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados.

✓ Utilizar alimentos ricos em fibras (grãos, frutas, cereais integrais, hortaliças e legumes preferencialmente crus).

✓ Evitar: alimentos industrializados (ketchup, mostarda, soja, caldos concentrados); embutidos (salsicha, mortadela, linguiça, presunto, salame); conservas (picles, azeitona, aspargo, palmito); enlatados (extrato de tomate, milho, ervilha); bacalhau, charque, carne seca e defumada; aditivos (glutamato monossódico) utilizados em alguns condimentos e sopas empacotadas; queijos em geral.

✓ Evitar alimentos ricos em colesterol e/ou gorduras saturadas:

- Porco (banha, carne, bacon).

- Leite integral, creme de leite, nata, manteiga.

- Frituras com qualquer tipo de gordura.

- Frutos do mar (camarão, mexilhão, ostras).

- Miúdos (coração, moela, fígado, miolos, rim).

- Pele de frango, couro de peixe.

- Dobradinha, caldo de mocotó.

- Gema de ovo e suas preparações.

- Óleo, leite e polpa de coco.

- Azeite de dendê.

- Castanhas, amendoim.

- Chocolates e derivados.

- Sorvete.

✓ Prescrevo sinvastatina (20mg) 01 comprimido a noite.

✓ Encaminho ao psicólogo.

✓ Agendo retorno em três meses.

✓ Faço convite para participação da próxima atividade do grupo de hipertensão

“Vale ressaltar que é de fundamental importância o envolvimento dos familiares do hipertenso na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida. Mesmo porque, quando temos um hipertenso na família, todos os outros membros devem se preparar para colocar em prática medidas de vida saudável precocemente,

pois, a chance de também desenvolver hipertensão arterial é muito grande”. (BRASIL, 2017)

O dia 29/9/16 o paciente é avaliado por a nutricionista quem orienta sobre o plano terapêutico a seguir para manter uma vida mais saudável, explicando-lhe a necessidade de diminuir o peso corporal igual ou inferior a 24,9 kg/m<sup>2</sup> aproximadamente em um período de quatro meses. A nutricionista diagnostica Obesidade Grau I. Agenda retorno.

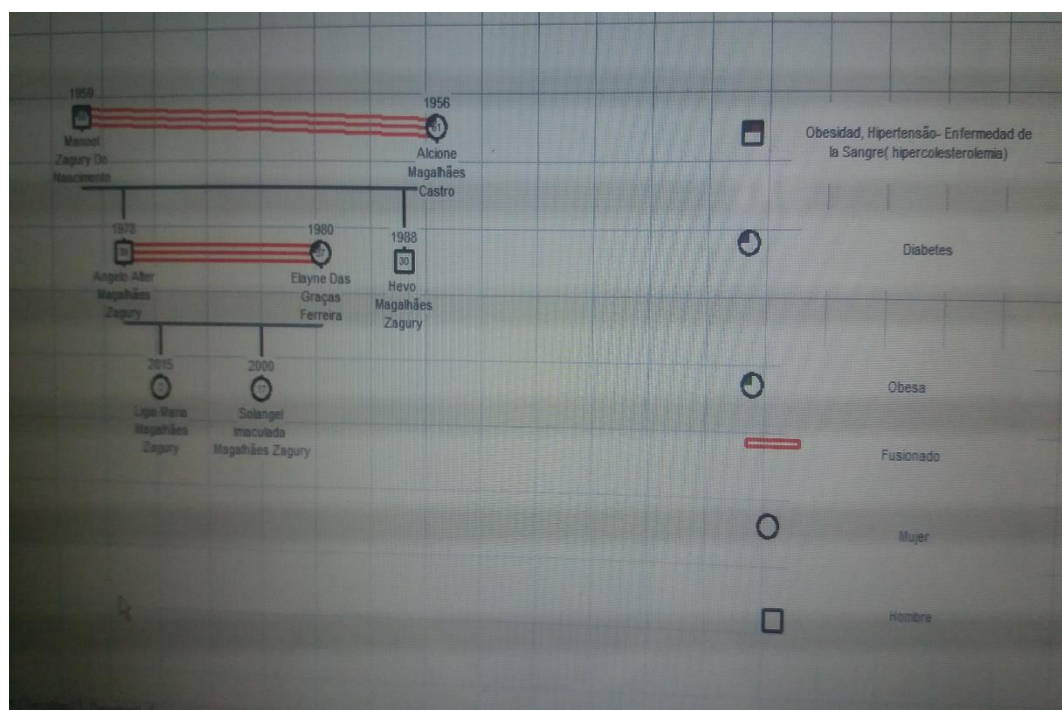
Também é avaliado por a psicóloga do Centro de Atenção de Referência de Assistência Social (CRAS) quem recomenda:

1. Respirar fundo para relaxar. A respiração profunda vai ajudá-lo a combater o desejo intenso por cigarros.
2. Ser positivo, assertivo (firme) e pensar construtivamente.
3. Beber muita água – vários copos por dia (auxilia na desintoxicação do organismo).
4. Busque atividades diferentes para quebrar as associações entre comportamentos do seu dia-a-dia e o hábito de fumar.
5. Evitar lugares com muitos fumantes até se sentir fortalecido para lidar com a situação de ter abandonado o cigarro.
6. Proteja-se das recaídas evitando, por exemplo, o consumo de café e bebidas alcoólicas.
7. Pratique exercícios de relaxamento muscular (esticar braços e pernas até relaxar os músculos) e relaxamento mental (quando sentir vontade de fumar, procurar desviar o pensamento para situações boas que tenha vivido e lembrar-se de uma música de que goste).

Termina a consulta lembrando para o senhor Manoel não esquecer que o desconforto causado pelo abandono do cigarro geralmente não ultrapassa o período de duas semanas. Portanto tem que ser persistente e ter cuidado de não se enganar achando que fumar apenas um cigarro, “para relembrar os velhos tempos”, é uma boa alternativa para acalmar seu desejo de fumar. Mesmo uma só tragada pode levá-lo à recaída!

O paciente retorna no dia 9/10/2017 para participar na atividade do grupo de hipertensão, encontrasse com bom estado geral, alegre porque perdeu um 1 kg de peso desde a primeira consulta e logrou diminuir a quantidade de cigarros ao dia. Fala que às vezes tem vontade de largar a dieta, más a gente sabe que precisa ser forte porque sua saúde está em risco e não quer sofrer complicações. Nestes momentos a pressão arterial controlada faz ênfases na importância de manter a alimentação saudável e as caminhadas diárias, mantemos igual terapêutica, e acompanhamento pela equipe e nutricionista. Realizamos visita domiciliada para confecção do genograma.

Figura 1- Genograma



Fonte: elaborada pela autora, 2017



### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

Eu me desempenho desde minha chegada ao Brasil na UBS Enfermeira Leontina Lima Da Silva no Município de Benjamin Constant localizado a nordeste do Amazonas, além disso, encontrasse situado na tríplice fronteira Brasil-Perú-Colômbia, desde o começo de nosso trabalho na área de abrangência detectamos a existência de inadequados hábitos alimentares dados pelas características socioeconômicas da população, as condições de vida seus costumes além da influência dos países da fronteira.

A alimentação adequada constitui um desafio para muitas pessoas que preferem disfrutar dos alimentos agradáveis, mas prejudiciais para a saúde antes que mudar os hábitos errôneos e com eles melhorar o estado de saúde. A educação nutricional é muito importante para lograr, transformar a conduta alimentar errada, daí a intenção de proporcionar conhecimentos sobre a alimentação adequada, suas características e a relação com diversas enfermidades crônicas.

Anteriormente a dieta das comunidades ribeirinhas na Amazônia, estava composta de alimentos que eles mesmos produzem, como peixe com farinha de mandioca, agora é integrada geralmente por alimentos industrializados, como enlatados, frangos congelados. (BRASIL, 2016)

Coincidimos plenamente com o artigo por que constatamos a realidade em nosso trabalho diário, existe um alto consumo de alimentos industrializados desde idades precoces, os mesmos são introduzidos já formando parte da dieta diária da população, além disso, um consumo elevado de alimentos ricos em carbo-hidratos, também a população encontrasse altamente influenciada de forma geral pela dieta dos países vizinhos, uma gastronomia rica em alimentos com abundante gordura em suas preparações e que as pessoas da região vem adotando como sua alimentação diária, e a grande quantidade de pessoas peruanas e colombianas devido ao comercio em busca de uma vida melhor, com seus costumes e culturas que mora no município.

Nossa equipe motivada por essa realidade começou a realização de ações de promoção de saúde na UBS mediante palestras diárias a população enquanto visitam o posto, explicando de forma simples, linguagem popular a importância de uma dieta

adequada, balanceada para evitar as doenças que a mesma pode gerar como obesidade, HAS, doenças vasculares, elevados índices de colesterol triglicéridos que constituem um fator de risco para outras doenças etc.

Confeccionamos em equipe, mural ilustrativo nas salas de espera, sobre os alimentos que devem consumir-se de preferencia, os benefícios á saúde já que muitas vezes as figuras ilustrativas orientam melhor que quando se escuta.

Aos ACS do posto em conjunto com a enfermeira, oferecemos uma capacitação geral para que eles orientem a população as melhores formas de alimentar-se, realizaram guias de alimentação para entregar aos pacientes diabéticos, hipertensos.

Tomamos à iniciativa nos dias de Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), a enfermeira e eu antes de realizar as consultas nos reunimos com os pacientes perguntamos suas dúvidas quanto a sua alimentação e tratamos de oferecer-lhe opções, mas sadias possíveis já que constituem uma realidade em nossa população muitas vezes que não têm as condições econômicas para alimentar-se adequadamente, explicamos ainda, evitar os alimentos fritos, à não associação de massa, à importância da forma de consumo dos alimentos, armazenamento, forma de prepará-los de cozinha-los, de realizar uma adequada higiene, principalmente aqueles que se consomem cru, pela possibilidade de transmissão de doenças, à água e sua qualidade, uso do hipoclorito pois ela constitui um meio perfeito para transmissão de doenças infectocontagiosas.

Ficamos convencidos que o alto numero de pacientes com enfermidades crônicas não transmissíveis na unidade se encontra diretamente relacionado com os hábitos alimentares errados da população, mais estamos seguros que nossas atividades tem causado significativamente um efeito positivo em nossos pacientes, controlando aqueles que têm doenças crônicas e prevenindo a aparição das mesmas em pacientes sadios e de riscos.

Antigamente em nossa unidade realmente não existia um controle dos tratamentos de todos os pacientes com hipertensão diabetes, nos realizamos um recadastramento de todos os pacientes reavaliaram-se em consulta de enfermagem e médico, avaliamos os tratamentos e hoje existe um controle de todos e cada um, já se logro que nossos pacientes não acudam ao posto si não precisam atendimento o sua

consulta agendada já que os ACS em suas constantes visitas levam os remédios existindo maior certeza que van a contar com os mesmos para o controle de sua doença, já que muitos pacientes legavam a consulta referiam que não tomavam o remédio direitinho pois não pegavam no posto existindo os mesmos em nas UBS.

Segundo o Caderno de Atenção Básica No 32, (2012, p.37) “o acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir do favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidade de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados”

A atenção pré-natal se continua desenvolvendo satisfatoriamente, por as características de nosso posto de ter população para 03 equipes e só 02 médicos a demanda é muito grande pelo que não havíamos podido programar as consultas agendadas agora com a nova gestão e direção do posto estamos reorganizando o serviço para que exista dia marcado de atendimento do pré-natal.

O médico deve permitir que a gestante falasse livremente suas preocupações e suas angustias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da atenção pré-natal possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde. (BRASIL, 2012)

Todas nossas consultas estão encaminhadas a promoção de saúde e prevenção de doenças associadas á gravidez:

- O dia do pré-natal se realiza intercambio com as mulheres de vivencias trocadas, palestras de temas de importâncias para elas e de inteires da equipe por as mobilidades, mas frequentes que temos em nossa população de gravidas.
- Importância do pré-natal já que constituem o contato com o sistema de saúde para detectar terreno de riscos e doenças associadas.
- Cuidados de higiene.
- A realização de atividade física.
- Orientação sobre a importância da vacinação.
- Orientação sobre a alimentação adequada já que o prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes o durante a gravidez, importância do uso das vitaminas prescritas.

- Orientações sobre sinais de alarma como dor, sangrado, febre, movimentos fetais diminuídos o nulo e que saibam que devem procurar assistência especializada.
- Orientações sobre o parto.

”O profissional de saúde , desde o pré-natal, deve estar atentos às mudanças e às necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante o nascimento de um novo ser ”. (BRASIL, 2012, p.25)

Pelo que desde a etapa da gravidez falamos do tema com nossas pacientes, orientando-lhes trazer ao posto o antes possível à criança.

As quais do mesmo jeito estão sendo organizadas para realizar-se de forma agendada, onde se orienta as mães dos cuidados higiênicos das crianças, importância realização da coleta precoce do teste do pezinho, importância do estímulo do seu desenvolvimento de forma cedo, cumprir o esquema vacinal, manter uma alimentação há 6 meses de forma exclusiva com aleitamento materna e logo introduzir os alimentos adequados segundo a idade, fornecer as vitaminas prescritas, fornecer as crianças de água de consumo fervida e tratada para evitar as doenças infectocontagiosas, manter uma higiene das mesmas adequadas, uso de calçado, evitar acidentes a este idade e cumprir o cronograma marcado das consultas pelo equipe de saúde.

Do tema de saúde mental em nosso posto existe um é elevado índice de pacientes que consomem psicofármacos, de eles não existe um total controle, pois muitos recebem tratamentos na capital com especialistas e só acodem ao posto a renovar suas receitas e outros não, por que existem remédios que não tem no município e teoricamente não temos como conhecer estes pacientes, agora nossa equipe esta fazendo um cadastro para o controle os mesmos com o apoio dos ACS em suas visitas domiciliares, também estamos tendo o apoio da Psicóloga da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) do município aos pacientes que nos procuram por alguma doença mental para lograr que muitos não consumam remédios como primer tratamento e no município criou-se um programa para apoio dos pacientes dependentes para lograr incorporar a maioria a um régimen de reabilitação na capital do estado, do qual nossa equipe de saúde forma parte. É um projeto que esta em organização pelo que não damos detalhes específicos.

Figura 2- Planejamento junto com Psicóloga e Assistente Social para atividade com pacientes de Saúde Mental.



Fonte: elaborada pela autora, 2017

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

A visita domiciliar é o conjunto de atividades de caráter social e sanitário que se presta em o domicilio, nesta atenção permite detectar, valorar, apoiar e controlar os problemas de suade do individuo e a família potenciando a autonomia e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Esta definição abarca vários aspectos que vai, mas ala da atenção de pessoas enfermas engloba tanto a saúde como a doença durante o ciclo vital da vida, pelo que a visita domiciliar constituem o instrumento ideal para conhecer o meio onde mora a família, que influem em na saúde das pessoas que moram na vivenda, já que o domicilio é o lugar onde o home se alimenta, descansa ocupa seu tempo livre e relacionasse com seu núcleo primário.

Permite-nos avaliar as condições higiênicas sanitárias da vivenda, das pessoas, a existência de animais domésticos, a existência de riscos de acidentes para as pessoas idosas as crianças, a dinâmica familiar.

Em nossa unidade de saúde, a atividade de visita domiciliar estão planejadas para as quartas feiras e realizassem semanalmente no horário da tarde geralmente 15 horas, depois que avaliamos geralmente 10 pacientes em consulta. Conhecemos e somos cientes que a demanda da população para as visitas domiciliares não se concreta há um dia específico, a um horário por que as necessidades sentidas dos pacientes acontecem a diário e as situações que necessitam atendimento pronto também, mais que acontece, nossa UBS esta integrada por três estratégias é só somos duas médicas para uma população aproximadamente de oito mil usuários pelo que a demanda de consultas é extremadamente grande e ainda trabalhamos com demanda espontânea pelo que não conseguimos interagir com o cento por cento da população nas visitas domiciliares.

As consultas são marcadas por os ACS que trazem a proposta das mesmas, antigamente quando fazíamos as visitas eram pacientes que podiam acudir ao posto já que só queriam solicitar exames o avaliar exames pelo que se orientam as prioridades das visitas e a importância de que foram efetivas e a os pacientes que verdadeiramente o necessitaram. Elos discutem com a enfermeira os pacientes para visitar e ela avalia as prioridades se tem alguma duvida dos casos elas os visita e

determina a verdadeira necessidade e logo é apresentado para mim e discutimos os pacientes, muitos são conhecidos por nos outros são casos novos e os ACS e na enfermeira nos aportam dados importantes dos mesmos para avaliar nas visitas, nos orienta sobre a dinâmica familiar etc.,

Temos como prioridade para as visitas àqueles pacientes que não tem condições de saúde para acudir ao posto a receber atendimento como pacientes acamados, pacientes com alguma condição temporal por o que encontrasse restrito ao lar pacientes com estádios terminais de doenças neoplásicas, cirurgias feitas, pacientes idosos que moram sozinhos, pacientes com doenças de saúde mental invalidam-te, pacientes com doenças crônicas descompensadas o ausentes a consultas agendadas, puérperas e recém nascidos que antes dos 7 dias de liberados da maternidade não acudam as consultas no posto, gestantes de alto risco o ausentes a consultas de pré-natal assim como lactantes de estas mesmas condições.

Quando acontece alguma situação de saúde fora da data marcada avaliamos a possibilidade de ir á vivenda, si constituem uma condição que necessite atendimento de jeito urgente e não podemos abandonar as consultas agendadas os pacientes soam avaliados geralmente pela enfermeira e si precisa encaminhamento na emergência se enviam.

Sempre que realizamos as mesmas vamos acompanhados do ACS da área eles geralmente garantem a transportação para assim ser mais rápidas e ao retornar a UBS plasmamos todo da mesma nos prontuários, descrevemos os aspectos mas relevantes da visita, os processos organizativos da mesma e descrevemos a atenção especifica ao paciente, tratamentos recomendações marcada de reconsultas etc.

Na unidade referente a este assunto temos ganhado em organização, logrando que as visitas sejam realizadas para as pessoas que as precisem, mais ainda são insuficientes, já que deveríamos chegar ao contexto familiar do cem por cento da população pela importância que tem avaliar ao individuo no meio em que desenvolvesse pero nosso posto se mantem o atendimento como demanda espontânea que impossibilita neste labor assim, já que muitas vezes as visitas marcadas são suspendidas por a alta demanda de pacientes no dia sendo estou uma constante insatisfação da população, mais encontrasse fora do alcance de nos sendo

conhecimento do gestor do posto, quando este tema quede resolvido nossa equipe lograra criar um cronograma para legar ao cem por cento da população na sua ambiente onde morar e lograr avalia-los de forma integral como um ser biopsicossocial.

As visitas são uma fortaleza para o trabalho da equipe já que mediante a realização dos mesmos detectados muitos casos de negligencia em idosos, crianças, gravidas os casos são denunciados ao serviço da assistência social e ao conselho tutelar os qual és tomam as medidas pertinentes, também agora estamos contando com uma fisioterapeuta que em conjunto avaliamos os pacientes e ela depois da o tratamento que precisa na mesma vivenda alemdisso temos no posto o apoio da equipe do centro de Coordenação de Hanseníase e Tuberculoses do município e muitas vezes fazemos visitas junto a essa equipe ou eles nos trazem propostas de visitas a pacientes atendidos por ellos que precisam, é uma fortaleza por que ellos em suas visitas frequentes a famílias dos pacientes com estas doenças não só avaliam pacientes de seu programa sino a todos os q moram na vivenda assim nos há informado denunciado de muitos casos com outras doenças casos de maltrato infantil, ao idoso e nos tomamos providencia.

Sim duvidas a atividade de visita domiciliar e consultas domiciliares são de suma importância para o funcionamento coreto da atenção básica por que:

Permite gerar maior confiança e seguridade no individuo e grupo familiar frente à oferta do serviço de saúde.

✓ Permite uma participação, mas amplia sincera, real do programa de saúde familiar, dado que é levada acabo no seu próprio meio.

✓ Lograrse uma relação interpessoal sincera, real ativa entre a equipe e o grupo familiar.

✓ Facilita o desarrollo das ações propostas e cumprimento dos objetivos propostos.

✓ A família acede com menos resistência e maior flexibilidade ao cumprimento dos compromissos contratados com a equipe de saúde.

✓ Permite constatar e verificar a informações obtidas por outros meios acerca das condições da saúde da família.



- ✓ Permite identificar os problemas e necessidades expressos e ocultos e a disponibilidade de recursos e manejo.
- ✓ Facilita a vigilância e seguimento da evolução dos logros alcançados.
- ✓ Obtine-se uma visão global da família e de seu comportamento real frente aos problemas gerais e de saúde especificamente.
- ✓ Permite o desarrollo das atividades de educação para a saúde, promoção prevenção de doenças, dirigidas a criar consciência e procurar câmbios no comportamento.
- ✓ Permite ampliar a cobertura da pratica do programa saúde familiar.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Minha incorporação no Programa Mais Médico e o trabalho no Brasil constituem uma experiência única, enfrentar-se a uma realidade muito distinta á nossa, enfrentar um verdadeiro Paraiso Doenças Tropicais, condiciones de vida complexas, mais todos estes retos chegam a ser complementados por este curso da Especialização que de forma teórica engrandeceu e melhora nossa prática médica diária.

Primeira vez que durante minha trajetória como médico participo de um curso virtual o que constituo primeiramente um incentivo para conhecer este meio educacional e para complementar nosso trabalho, suprir-nos de conhecimento do sistema de saúde brasileiro suas características, peculiaridades já que eram novos para nós diferentes em muitos aspectos ao nosso Sistema de Saúde Cubano. Eu acho que meu desempenho fio satisfatório, pois me empenhe em fazer todas as atividades com a melhor qualidade e aproveitar todas as informações que eram expostas em cada uma das unidades e cada artigo cada conteúdo e sempre o levando a prática diária.

Eu acho que o curso foi muito produtivo já que é de suma na importância o uso das novas tecnologias na educação e a capacitação em nossos dias, o uso de aplicações multimídias e interativas já que de este jeito se cativou nossa atenção, sim ser cansativa ó monótona. Desde meu ponto de vista, resulta apaixonante, a ideia de ter acerbos de informação multimeia, que nos permita explorar o mundo do conhecimento formal, no lugar e momento que desejemos cidades virtuais.

A principal dificuldade do curso sim lugar as duvidas é o acesso, já que muitos nos encontramos em zona da geografia brasileira difícil, eu moro em um município no interior do Amazonas onde o acesso na internet é péssimo pelo que o acesso á plataforma da especialização é muito complicada, podemos acessar geralmente de madrugada, muitos das matérias como vídeos se faz muito difícil de podê-los assistir completamente, então eu acho, conheço que o curso é para todos os integrantes do programa e de forma obrigatório más tia que avaliar-se e ter em conta nossas localizações e as peculiaridades de onde nos encontramos. Outros das dificuldades é claramente o idioma.

O curso nos ajuda a conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, as características, objetivos peculiaridades, princípios, e nos ajudo a desempenhar nosso

trabalho com maior qualidade já que nos procedemos de outro sistema de saúde diferente.

Permitiu-nos aprender a organizar-nos melhor a manejar nossas ações de saúde a realizar pelo ESF, com a participação em as reuniões da equipe. Conhecemos a agenda Profissional que permite organizar as consultas, programar as mesmas, ainda em nosso posto não se há logrado satisfatoriamente, pois pela alta demanda de pacientes as consultas são a demanda espontânea.

Logramos melhorar e elevar a qualidade da atenção, seguimento, condutas dos pacientes com doenças crônicas como Obesidade, Diabetes, Saúde Mental, HAS e inculcar para eles que o, mas importante em estas enfermidades é tratamento medicamentoso sino as mudanças dos estilos de vida, os hábitos alimentares, a realização de exercícios físicos, controle do estresse igual foi muito importante no controle das gravidas na realização de ações de saúde para evitar doenças nas mesmas, reduzir os fatores de riscos, importância do pré-natal, importância dos exames, importância das consultas agendadas, do parto hospitalar etc.

Outra mudança recente foi em relação ao registro dos atendimentos como os livros de hipertensos, diabéticos, obesidade, doenças crônicas, saúde mental, crianças de 0 a 2 anos, álcool e drogas, usuários de insulina, de encaminhamentos, planejamento familiar, usuários fora de área, tuberculose/hanseníase/leishmaniose e de visita domiciliar. No entanto, o Curso de Especialização sempre alertou para este quesito fundamental e agora tenho as fichas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação de fácil acesso numa pasta no consultório. As doenças mais notificadas são as de suspeita de dengue, sífilis, leishmaniose e malária. Algumas iniciativas foram feitas visando melhorar a comunicação entre a equipe e a comunidade, tais como colocar cartazes e informativos na parede sobre o direito à prioridade no atendimento para idosos, gestantes, lactantes, pessoas com deficiência física/mental e pessoas com crianças de colo.

Em relação à Saúde Mental no posto temos muitos pacientes agora estamos confeccionando com o apoio dos ACS um sistema de registro individual dos usuários que fazem uso de medicamentos controlados que fica sempre de fácil acesso para registrar a data da renovação da receita. Antes do curso, eu tinha receio em fazer

ajustes de medicações controladas para os pacientes, pois achava que era uma conduta restrita ao especialista. No entanto, o curso de especialização me incentivou a tomar esta iniciativa de intervir nos casos necessários.

Com a experiência do curso passei a coletar mais dados nas consultas e a seguir o modelo para registro das informações que consiste na queixa principal e história da doença atual, exame físico, hipóteses diagnósticas e conduta. Coloco sempre a lista de problemas e a conduta para cada problema para ter o seguimento longitudinal do caso. No atendimento em saúde da criança eu agora discrimino os diagnósticos em pediatria que são: nutricional, alimentar, crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e situação vacinal. Passei a cobrar o cartão da criança nas consultas de puericultura para registrar os dados antropométricos nas curvas de percentil da Organização Mundial Da Saúde e averiguar a situação vacinal. Na consulta as crianças explicando a importância da consulta de puericultura, já que em ela se van avaliando os aspectos do desenvolvimento da criança, desenvolvimento, avaliação nutricional, o estado das vacinas.

Meu trabalho foi fortalecido por a participação na especialização já que posso assegurar que logre mudanças favoráveis no meu labor como medico perfeiçoe a conduta técnica, aprendeu a interagir com minha equipe, organizando ações, planejando as mesmas, organização dos serviços, essa consciência de que todos os profissionais formam uma rede de assistência à população me fez perceber o quanto somos interdependentes neste processo. Ou seja, dependemos do comprometimento de todos para alcançarmos os melhores resultados e a ação de um profissional interfere diretamente no trabalho do outro. Este entrosamento da equipe promove mais benefícios para os usuários e, conseqüentemente, aumenta a satisfação dos próprios profissionais por exercerem sua função da melhor forma possível.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Serie A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n 32. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica, n. 33 Brasília, 2012.

Jornal da USP Ciências da Saúde. **"Dieta do Supermercado"**: alimentação da população brasileira esta cada dias mais padronizada. São Paulo. 2016. Disponível em: <<http://jornal.usp.br>>. Acesso em 10 ene. 2018.

**SITE Orientações Médicas** - Copyright © 2000 - 2017. Disponível em: <http://www.orientacoesmedicas.com.br/hipertensao-arterial> . Acesso em: 15 nov.2017.

**7. ANEXO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS**

**Especialização em Saúde da Família**

Mae Lin Méndez Munoz

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA APRIMORAR O CONHECIMENTO SOBRE A  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E SEUS FATORES DE RISCOS NA  
ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMILIA JAVARIZINHO DA UNIDDAE BÁSICA DA  
SAÚDE ENFERMEIRA LEONTINA LIMA DA SILVA**

**Benjamin Constant AM**

**2017**

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1- Reunião da equipe para apresentação do projeto.....	52
Figura 2- Técnica de enfermagem da equipe conferindo da pressão arterial a uma usuária com hipertensão durante a triagem .....	52

**LISTA DE QUADRO**

Quadro 1- Cronograma de atividades.....	47
---	----



## SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	35
2. OBJETIVOS.....	38
2.1 Objetivos gerais.....	38
2.2 Objetivos específicos.....	38
3. Revisão da literatura.....	39
4. Metodologia.....	42
4.1 Cenários de intervenção.....	42
4.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	42
4.3 Estratégias e ações.....	42
4.4 Avaliação e monitoramento.....	44
5. Resultados esperados.....	45
6. Recursos necessários.....	46
6.1 Recursos humanos.....	46
6.2 Recursos materiais.....	46
7. Cronograma.....	47
8. Referencias bibliográficas.....	48
9. Anexo e apêndice.....	49

## RESUMEN

O acompanhamento periódico, as orientações às indicações a os pacientes hipertensos representa uma etapa importante no trabalho da Estratégia Saúde da Família uma vez que permite aos integrantes da mesma um contato mais próximo com os usuários, conhecimento da realidade onde mora o meio que os rodeia, as características ambientais, econômicas deles, assim permitindo a construção de vínculos. O diagnóstico situacional feito na nossa área de abrangência mostrou a falta de conhecimento da doença e de seus fatores de risco adesão. Em nosso tempo de trabalho no ESF detectamos a falta de conhecimento dos pacientes que sofriam de HAS de os fatores de riscos para a doença e a aparição de suas complicações, dificuldades para lograr mudanças em estilos de vida, apego ao tratamento e cumprimento das orientações médica, detectou-se o alto índice de hipertensos já que de uma população de 3215, 351 pacientes são hipertensos constituindo o 11 % da população. O objetivo deste trabalho foi incrementar os níveis de conhecimentos dos pacientes com HAS sobre sua doença e para elevar o controle da enfermidade e diminuir as complicações dela. O plano de intervenção foi proposto e após a etapa de estudos entre a equipe, iniciar-se-á a intervenção com os sujeitos da pesquisa. Realizo se busca ativa dos casos a partir dos prontuários. Os pacientes captados foram convidados durante visitas domiciliares, pelos agentes comunitários, a participar no projeto. Durante os dias de atendimento específico dos pacientes hipertensos, o qual é realizado nas quintas-feiras a tarde, este serão convidado a participar de uma oficina educativa na própria sala de espera, abordando assim o maior número de pacientes. No primeiro encontro foi aplicado um questionário para identificar as necessidades de aprendizagem sobre o tema, logo se realizaram palestras, oficinas temáticas e se esclareceram informações básicas sobre , com foco direcionado às mudanças no estilo de vida que podem auxiliar a controlar a pressão arterial e evitar complicações típicas da doença os temas estiveram focados no uso correto da medicação prescrita, atividade física, alimentação saudável, redução sal, gorduras e bebidas alcoólicas, redução do estresse, qualidade do sono. Ao concluir as oficinas o questionário será novamente aplicado para determinar os conhecimentos adquiridos e deste modo fazer uma comparação com os resultados iniciais. Isso permitirá avaliar a efetividade das técnicas aplicadas. Também foi solicitado ao paciente que ele descreva dúvidas não solucionadas quanto a sua patologia e sugira questões para as próximas oficinas. Dada á necessidade de continuidade do projeto e que cada paciente participe, pelo menos duas vezes dos encontros. É de vital importância adaptar as atividades propostas e as orientações para o contexto de nossa população para que o objetivo do projeto seja alcançado. Espera-se que este trabalho contribua com a melhor saúde dos usuários, com a formação de todos os profissionais que se disponham tomar parte na resolução de complexos problemas, fazendo, por consequência, do cuidado uma realidade.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de risco.

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de caráter clínica multifatorial caracterizada por cifras elevadas e sustentadas de pressão arterial, que geralmente cursa com alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas como, obesidade abdominal, dislipidemias, intolerância a glicose, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (BRASIL, 2013)

Podemos falar que um paciente é portador de HAS quando ao realizar a média aritmética da Pressão Arterial (PA) é maior ou igual a 140/90 mmHg, e / ou uso de medicação anti-hipertensiva se a hipertensão era conhecida, conferidas ao menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, se avalia o primeiro dia e duas medidas subseqüentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico da doença, sempre fazer o diagnóstico correto da mesma, pois constitui uma condição crônica que acompanhará aos pacientes a vida toda e que deve gerar uma mudança na sua vida. (BRASIL, 2013)

Importante destacar que a PA deve ser conferida sempre pelo médico independentemente de sua especialização e pessoal capacitado da saúde, para evitar erros técnicos que levem a falsos positivos e os negativos, que afetem a saúde dos pacientes pelo fato de diagnósticos mal feitos.

“Por ser muitas vezes assintomática, há dificuldades para que os indivíduos procurem os serviços de saúde para o diagnóstico e adesão ao tratamento. ao tratamento”. (MENDES; MORAES; GOMES, 2004)

Conforme Zattar (2014) para a realização de um o controle adequado do manejo da pressão arterial elevada e de suas conseqüências é imprescindível a identificação e acompanhamento dos hipertensos pelos serviços de saúde, pois tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são capazes de melhorar significativamente o prognóstico da doença e a qualidade de vida das pessoas.

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa

secundária, além da avaliação do risco cardiovascular. (MALACHIAS et al., 2016)

Conforme Mendez; Moraes; Gomez (2004) a doença hipertensiva esta relacionada com fatores intrínsecos, como sexo, idade, fatores hereditários e raça; e a fatores externos o extrínsecos, como hábito da fuma, dieta inadequada, transtorno de metabolismo dos lipídeos, peso corporal excessivo, sedentarismo, obesidade, estresse, dislipidemia e dieta. Uma condição importante, é que a PA deve ser medida em toda avaliação por médicos independentemente da sua especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados.

As doenças hipertensivas junto com o resto das doenças cardiovasculares constituem no mundo e no Brasil a principal causa de óbito e de internação hospitalar, além de constituir o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Conforme Lessa (2001) no Brasil a HAS é a causa mais frequente de atendimento em na população adulta nos serviços de emergência. (LESSA, 2001)

No Brasil, a hipertensão arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular junto á diabetes mellitus, suas complicações (cardíacas, renais e cerebrovasculares ) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (MALACHIAS et al., 2016)

Diz Mendez; Moraes; Gomez (2004) que a HAS constitui um importante problema para a saúde pública, porque as morbimortalidades e os custos dos tratamentos que se geram são elevados pelos tratamentos medicamentosos, internações hospitalares, tratamentos de reabilitação das sequelas.

A maioria dos eventos cardiovasculares acontece em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco muitas que não são detectados precoces mente, deixados sem tratamento por muitos anos, pelo que se produz a doença manifesta, logrando-se um tratamento adequado lograsse uma redução da morbimortalidade significativa.

O crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade da doença hipertensiva pelo que as equipes de saúde devem estar preparadas para lograr mudanças nos estilos de vida da população de

risco, assim como garantir o apego ao tratamento dos pacientes diagnosticados hipertensos.

O trabalho em equipe contribui a que os pacientes tenham uma melhor adesão ao tratamento, às orientações precisas e praticas dos nutricionistas ajudam a desenvolver hábitos alimentares saudáveis, a modificar estilos de vida contribuindo para melhorar o controle da HAS.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivos Gerais:

Incrementar os níveis de conhecimentos dos pacientes com HAS sobre sua doença na ESF Javarizinho, da UBS Enfermeira Leontina Lima Da Silva.

### 2.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar o nível de conhecimento dos pacientes Hipertensos sobre a doença.
- ✓ Verificar as dificuldades relacionadas aos conhecimentos da Hipertensão, características da doença e estilos de vida saudáveis.
- ✓ Desenhar uma estratégia de intervenção de acordo as necessidades de aprendizagem identificadas.
- ✓ Monitorar o controle da doença após de realizar atividades educativas.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Cuba constitui no mundo o segundo país com os melhores indicadores em relação aos processos de prevenção, diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS, já que no período de 16 anos, há existido uma diminuição significativa da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle dos pacientes com esse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Existe um excelente acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Existe uma pequena diferença entre a prevalência entre homens e mulheres controle, mas não existem diferenças em relação à etnia e à escolaridade em quanto ao diagnóstico da doença. (BRASIL, 2013)

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da Atenção Básica. O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo, desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM) – os mais altos do planeta naquela época. Essa política foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a serem alcançados, um sistema de informação que permite avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos. (BRASIL, 2013, p.21)

Em um estudo realizado na Revista Brasileira de Hipertensão em “nos Estados Unidos, entre 1999 e 2000, 53% dos hipertensos estavam sob tratamento e somente 31% estavam com a pressão arterial controlada”.

A pesar de não conhecer-se o percentual de controle dos pacientes com HAS em Brasil podemos afirmar que os mesmos são baixos, pois em ambulatórios que são especializados em a doença em questão, não representam a situação nacional, não geram uma informação que respalde o controle dos pacientes, os percentuais estão aproximadamente entre 30 % a 35%, além disso existe uma condição mais preocupante já que o controle da PA de pacientes que têm outros fatores de riscos cardiovasculares e patologias associadas é baixa do mesmo jeito. (MION, et al., 2006)

Segundo Ferreira et al. (2012) o envelhecimento é entendido como um processo fisiológico irreversível, dinâmico e progressivo, que produz no organismo alterações

morfológicas, funcionais e bioquímicas, além de modificações psicológicas. As mesmas determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação ao meio ambiente, sendo o indivíduo mais susceptível e vulnerável para a aparição de processos patológicos e uma é a hipertensão arterial e suas consequências que geralmente terminam em incapacidade funcional e a dependência, que acarretam restrição/perda de habilidades ou dificuldade/ incapacidade de executar funções e atividades relacionadas à vida diária.

A capacidade funcional pode ser definida como a manutenção da capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária, necessárias e suficientes para uma vida independente e autônoma. Para o idoso, a realização das ABVD aparece como algo presente e necessário para a sua sobrevivência, mantendo-o participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde, e no desenvolvimento de tarefas domésticas.

Segundo Pessini; Campos; Emi (2005) uma atenção básica de saúde de qualidade e o sucesso e seu gerenciamento é importante pela compreensão das informações que sejam de interesse, relevantes e compreensíveis para as condições dos pacientes, sejam tais agudas ou crônicas, por isso uma atenção especial deve ser dada à linguagem que se utiliza com nossos pacientes em referência às informações que se oferecem para os mesmos, já seja durante orientações, durante as consultas, ao indicar mudanças nos estilos de vida, ao colocar tratamentos medicamentosos, já que o mesmo um nível educacional elevado pode não ser suficiente para a compreensão do significado da linguagem médica e de o total entendimento das orientações depende o estado do enfrentamento à doença, controle, apego ao tratamento etc. Os pacientes que têm limitado nível educacional, quando comparados com aqueles que possuem nível adequado, relatam que os médicos usam muitas palavras incompreensíveis, falam muito rápido, não fornecem informações suficientes quanto ao seu estado de saúde, além de não conferirem se houve total compreensão por parte do paciente acerca do seu problema de saúde. Os autores consideram, também, que a comunicação através de uma linguagem simples deve ser considerada uma habilidade relevante, junto a outras competências, daqueles que exercem profissões no campo da saúde. Somasse, a tudo isso, o fato de que o paciente pode estar com suas



condições físicas e cognitivas prejudicadas pelo adoecimento, pelo mesmo, estresse ou outro desconforto que lhe cause embaraço e constrangimento diante de um ambiente de saúde altamente letrado, em virtude da formação acadêmica dos profissionais.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Cenários da intervenção:

As ações de promoção ocorrerão principalmente na área de abrangência da UBS Enfermeira Leontina Lima da Silva EFS Javarizinho da Secretaria de Saúde de Benjamin Constant encontra-se localizada na Rua 21 de Abril perto na praça do município.

As intervenções serão desenvolvidas em vários cenários: na própria Unidade básica de saúde (consultório médico, sala de reuniões, sala de grupo de hipertensos), nas residências durante as visitas domiciliares.

### 4.2 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção:

O projeto de intervenção envolverá todos pacientes maiores de 18 anos cadastrados como hipertensos na UBS Enfermeira Leontina Lima Da Silva, EFS Javarizinho. Será realizada busca ativa dos casos a partir dos prontuários. Os pacientes captados serão convidados a participar pelos agentes comunitários durante as visitas domiciliares e terá como objetivo aprimorar o nível de conhecimento sobre sua doença e fazer ações educativas para elevar o nível de conhecimento sobre esta para assim melhorar sua qualidade de vida e diminuir as complicações

Toda a equipe - um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dez ACS – participarão da intervenção.

### 4.3 Estratégias e ações:

Inicialmente o projeto será apresentado a toda equipe de saúde da unidade durante uma reunião de equipe realizada semanalmente das 13 às 15 h nas segundas feiras, apontando o problema encontrado, a intervenção desejada e idealizada pela pesquisadora, os objetivos e a metodologia do trabalho.

Nesta mesma reunião, serão realizados os acordos de trabalho e definidas as atribuições de cada integrante da equipe no processo. Toda equipe será convidada a

participar do projeto, procurando capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde da unidade, a médica utilizará o espaço da reunião semanal para orientar os profissionais a cerca da temática.

Posteriormente, dar-se-á início a teorização da equipe quanto ao tema, durante o período de um mês, nas reuniões semanais de equipe, a médica da unidade liderará ações de educação permanente com a equipe, abordando assuntos relacionados à HAS: sintomas, causas, consequências da doença, fatores de riscos, complicações, sequelas e tratamento, com foco na promoção, prevenção e mudança de estilos de vida para hábitos saudáveis. A intenção nesta etapa é multiplicar o conhecimento sobre este tema e sensibilizar para que toda equipe esteja inserida no projeto de intervenção. A discussão será liderada pela médica será utilizada linguagem simples e material audiovisual: cartazes, desenhos, e material didático desenvolvido e disponibilizado pelo Ministério da Saúde, aulas expositivas e participativas, estudos de caso e casos problematizados. Não haverá custos nesta fase, todos os recursos necessários estão disponíveis na unidade de saúde. As ações serão realizadas em reuniões semanais, quinta-feira às 9 horas.

Após a etapa de estudos entre a equipe, iniciar-se-á a intervenção com os sujeitos da pesquisa. Durante os dias de atendimento específico dos pacientes hipertensos, programa HIPERDIA, o qual é realizado nas quintas-feiras à tarde, este serão convidado a participar de uma oficina educativa na própria sala de espera, abordando assim o maior número de pessoas. Exemplificando: o paciente será convocado para consulta médica e aproveitará o espaço da sala de espera para participar da oficina. A seleção para as consultas será por meio da rotina de interconsultas já empregada na ESF e a convocação será realizada via ACS.

No primeiro encontro será aplicado um questionário (apêndice1) para identificar as necessidades de aprendizagem sobre hipertensão arterial. Esse instrumento será elaborado de acordo com a revisão bibliográfica e em conformidade com os objetivos da investigação será realizado de maneira compreensível e de caráter sigiloso e seu objetivo é identificar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a HAS.

O processo metodológico se dará com a realização de oficinas temáticas aumentando o nível de conhecimento e serão destinadas a todos os pacientes idosos

com HAS agendados nas consultas. As oficinas contarão com a presença e o apoio de toda a equipe de saúde e serão articuladas pela médica e pela enfermeira da ESF. As seções temáticas estarão programadas pelo cronograma de atividades visando às questões de maior interesse a modificar os fatores de risco, mas podem ter variações de acordo com o interesse dos participantes.

Durante as oficinas serão realizados esclarecimentos básicos sobre a hipertensão arterial: sintomas, classificação, fatores de risco, tratamentos e complicações, com foco direcionado às mudanças no estilo de vida que podem auxiliar a controlar a pressão arterial e evitar complicações típicas da doença os temas serão focados no uso correto da medicação prescrita, atividade física, alimentação saudável, redução sal, gorduras e bebidas alcoólicas, redução do estresse, qualidade do sono. Cada encontro terá duração média de 30 minutos.

Ao concluir as oficinas o questionário será novamente aplicado para determinar os conhecimentos adquiridos e deste modo fazer uma comparação com os resultados iniciais. Isso permitirá avaliar a efetividade das técnicas aplicadas. Também será solicitado ao paciente que ele descreva dúvidas não solucionadas quanto a sua patologia e sugira questões para as próximas oficinas.

Dada a necessidade de continuidade do projeto e que cada paciente participe, pelo menos duas vezes dos encontros. É de vital importância adaptar as atividades propostas e as orientações para o contexto de nossa população para que o objetivo do projeto seja alcançado.

#### 4.4 Avaliação e Monitoramento:

A avaliação dos resultados acontecerá durante as reuniões semanais da equipe, além haverá monitoramento mensal dos pacientes hipertensos durante as visitas domiciliares realizadas pelas ACS, atividades de grupo e troca de experiências com os participantes, verificando se estas relatam e demonstram absorção das informações fornecidas e posterior mudança no estilo de vida como adoção da atividade física, diminuição de consumo do sal, etc.

## 5. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação deste projeto espera-se:

- ✓ Aprimorar o conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica nos pacientes estudados partindo das dificuldades apontadas pelos pacientes.
- ✓ Vincular os pacientes aos grupos de HAS da UBS.
- ✓ Aumentar o nível de conhecimentos sobre a HAS logrando mudanças do estilo de vida com bom controle da doença e assim diminuir as complicações cardiovasculares que a hipertensão arterial pode provocar. Sempre com a ideia de que é melhor a prevenção do que o tratamento das complicações provocadas pela mesma.

## **6. RECURSOS NECESSARIOS**

### 6.1 Recursos humanos:

Equipe de saúde da família composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 10 ACS.

### 6.2 Recursos materiais:

Computadores;

Fichas de Acompanhamento de Domiciliar;

Impressora

Cadernos de Atenção Básica (Envelhecimento, Atenção Domiciliar, entre outros).

Materiais de despensas (lapices, canetas, folhas etc).

## 8. CRONOGRAMA

### Quadro 1- Cronograma de atividades

Atividades	2017											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Diagnóstico do problema e Elaboração do Projeto				X								
Aprovação do Projeto e Socialização entre a equipe de saúde				X								
Estudo da Literatura entre a equipe de saúde				X								
Oficinas com a população alvo					X	X	X	X	X	X		
Reuniões semanais com a equipe de saúde para avaliação e duvidas do projeto					X	X	X	X	X	X		
Aplicação do formulário pelos ACS durante a Visita Domiciliar					X	X	X	X	X	X		
Avaliação sistêmica final												X
Revisão do trabalho e socialização												X

Fonte: elaborada pela autora

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília, 2013.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 9, n. 32, p. 273-278, mar. 2014. ISSN 2179-7994.

ZATTAR, L. C. et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 507-521, mar. 2013 .

MALACHIAS, M.V.B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia, v.107, n. 3, supl.3, setembro 2016

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, v. 8, n.4, p.383-392, 2001.

MION, D. Jr. et al. Importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. **Rev Bras Hipertens** Ver, v.13, n.1, p 56-58., 2006

FERREIRA, O.G. L et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto-enferm**, v.21, n.3, p.513-518, 2012.

PESSINI, L.; CAMPOS J. O. ; EMIN, J. Pesquisa em saúde: reflexão sobre a interação com a realidade brasileira. **Mundo Saúde**, v.29, n. 29, p. 126,2005.



## 9. Anexo e apêndice

APENDICE 1- Questionário para identificação do perfil dos pacientes hipertensos da UBS Leontina EFS Javarizinho.

1- Idade \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

2- Você tem pressão arterial elevada? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

3- O que é para você a hipertensão arterial?

3- Quais são os fatores de risco que você conhece?

5- Você conhece quais são os sintomas mais comuns da doença?

6- Você pratica exercícios físicos? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

7- Com que frequência você vai às consultas médicas agendadas?

\_\_\_\_\_ a cada 3 meses          \_\_\_\_\_ a cada 6 meses

\_\_\_\_\_ uma vez por ano          \_\_\_\_\_ nunca

8- Você conhece algum tratamento não medicamentoso para tratar a hipertensão arterial?

9- Você conhece a importância de fazer corretamente o tratamento medicamentoso?

10- Quando você se sente melhor, você para de usar a medicação para hipertensão?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

11- Quando você se sente mal você para de tomar a medicação para hipertensão?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

13- Você participa do grupo de hipertensos da unidade? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

14- Você conhece algumas complicações da hipertensão arterial?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

APÊNDICE 2- Nível de conhecimento que tem os pacientes com Hipertensão Arterial sobre os fatores de riscos.

1. Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

2. Tem uma dieta baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

3. Pratica algum tipo de exercícios físicos?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

4. Tem hábitos tóxicos como o tabaquismo?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

5. Acostuma a consumir de bebidas alcoólicas todos os dias?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

6. Toma a medicação correta. ?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

7. Fica relaxado, e sem estresse. ?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

8. Costuma fazer todas as refeições por dia?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

9. A apresentada cifra de pressão arterial elevada em o ultimo mês. ?

Sim ( ) não ( ) as vezes ( )

APÊNDICE 3- Avaliação após intervenção sobre o conhecimento que tem os pacientes idosos com Hipertensão Arterial sobre os fatores de riscos.

1. Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Participou de quantas oficinas: \_\_\_\_\_
2. Apresentou melhora da pressão arterial após participação nas oficinas?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não observei mudanças
3. Acredita que as oficinas tenham ajudado para o controle da pressão arterial?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não observei mudanças
4. Tem se medicado corretamente conforme prescrição médica?  
( ) Sim ( ) Não
5. Considera ter maior conhecimento da doença hipertensão arterial e os cuidados necessários para seu controle após oficinas?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não observei mudanças
6. Pacientes hipertensos possuem o mesmo risco em decorrência ao tabagismo que aqueles que não possuem hipertensão?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei responder
7. A apresentado cifras de pressão arterial elevada em o ultimo mês?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei responder
8. Diminuiu a ingestão de sal e gorduras em sua alimentação após as oficinas?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não observei mudanças
9. Acha que fazer exercícios físicos regularmente contribui para o controle da pressão arterial?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei responder
  
10. Considera que adquiriu hábitos mais saudáveis após participar das oficinas?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não observei mudanças
11. Qual sua avaliação sobre as oficinas?  
( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Razoável ( ) Ruim

Figura 1- Reunião da equipe para apresentação do projeto



Fonte: elaborada pela autora, 2017

Figura 2- Técnica de enfermagem da equipe conferindo da pressão arterial a uma usuária com hipertensão durante a triagem



Fonte: elaborada pela autora, 2017