

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

TRABAHLO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Autora: Marquelis Castillo Leonar
Orientador (a): Prof. Bruno Burnelli

**TITULO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA: ESTILO DE VIDA EM PACIENTES
HIPERTENSOS NA UBS CLEVELÊNDIA DO NORTE. OIAPOQUE.**

AMAPÁ -AP
2018

**TITULO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA: ESTILO DE VIDA EM PACIENTES
HIPERTENSOS NA UBS CLEVELÊNDIA DO NORTE. OIAPOQUE.**

MARQUELIS CASTILLO LEONAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Bruno Burnelli, médico de família em Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

**AMAPÁ-AP
2018**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	14
4 VISITA DOMICILIAR	18
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	22
REFERÊNCIAS	25
ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	26

1- INTRODUÇÃO.

Meu nome é Marquelis Castillo Leonar, tenho 36 anos, sou me MEDICA GERAL INTEGRAL, cubana da Província Santiago de Cuba, Município, San Luís onde cresci e me formei como médica em junho de 2007. Iniciei minha carreira profissional como médica em Atenção Primária de Saúde (APS) e posteriormente realizei a especialidade em Medicina Geral Integral pelo período de três anos. Cumpri Missão Internacionalista na Venezuela no período de 2011 aos 2014. Após terminar essa etapa continuei trabalhando na atenção primária de saúde até o ano 2016. Atualmente me encontro trabalhando no Brasil como parte do Programa Mais Médico.

Trabalho em Oiapoque município brasileiro do Estado do Amapá, localizada na Região Norte. O município vive do setor primário da criação dos gados bovino, bubalino e suíno. Na agricultura temos a cultura da mandioca, laranja, milho, cana de açúcar e outros em o setor secundário pode-se citar a extração de ouro.

Respeito à cultura o município presta sua homenagem no mês de agosto dia 15 a nossa senhora das graças padroeira da cidade.

Oiapoque em números: População: 24263 habitantes Área: 2.43 Km² Densidade populacional: 1,07hab./km² IDH: 0,658 PIB: R\$236269 mil Renda per capita: R\$ 2 224,67. Atualmente o município conta com 06 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), composto cada um por médico, enfermeira, técnico em enfermagem, agentes comunitários, além da Equipe NASF que prestam atendimento em as diferentes unidades da saúde. Temos serviços odontológicos para o auxílio da saúde bucal. O município tem um hospital com atendimento de urgências e emergências, os casos muitos complexos são referenciados para a capital, devido às condições do mesmo. Oiapoque possui dois farmácias localizadas no hospital e secretaria da saúde, que brindam medicamentos gratuitos a população do município. O traslado dos pacientes para atendimento médico se faz a través do Corpo de Bombeiro. O município conta também com a Vigilância Sanitária Epidemiológica, Ambiental e do trabalhador, CAMES (centro de atendimento de medicações especiais) e CAPS para atendimento de saúde mental e usuários de drogas.

As causas de internação hospitalar mais frequente são doenças respiratórias, digestivas, cardiovasculares e de óbito geralmente, doenças cardiovasculares, neoplasias e respiratórias.

Minha área de atuação é Clevelândia do Norte, apresenta uma população de abrangência cerca de 1763 habitantes sendo do sexo feminino 974 e 789 do sexo masculino, distribuídas em 502 famílias. É uma população caracterizada por carências econômicas. A maioria trabalha na pesca e a rosa, com um nível educacional baixo, condições de vivenda não boas, e um grande número paga aluguel. A fonte de água de consumo das vivendas é poço artesiano, muitos de condições não apto para o consumo, tornando-se muitas vezes um problema de saúde. Temos poucas escolas, uma creche e as ruas não são asfaltadas. A religião que praticam fundamentalmente católica.

Entre os principais problemas da comunidade temos: drogadicção, alcoolismo, doenças de transmissão sexual, em pessoas adultas e jovens. Em crianças as mais frequentes são: infecções respiratórias e gastrointestinais agudas. Adultos em geral, hipertensão, diabetes, câncer e acidente cerebrovascular, mesmos problemas que afetam aos idosos e são as principais causas de morte.

Por nossos registros de cadastramento da unidade, existem 187 hipertensos e 65 diabéticos doenças que se constituem como as principais causas de consulta na comunidade. Temos 12 grávidas, 5 puérperas e 32 crianças menores de um ano. À equipe está composta por 7 agentes de saúde, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um médico. Na unidade os atendimentos são realizados todos os dias, priorizando-se as consultas referentes aos programas do ministério da saúde, como HIPERDIA, Pré-natal, AIDP, Saúde Mental, Tuberculose, Hanseníase, Saúde do Homem entre outros, todas planejadas a traves da agenda profissional.

Nossa equipe tem identificado muitos fatores de risco que afetam e interferem negativamente em na saúde de nossa comunidade como baixo nível de escolaridade, baixo conhecimento da planificação familiar, alimentação saudável, um elevado índice de fumantes, alcoólatras além do sedentarismo. Depois de ser identificados mediante a pesquisa ativa da equipe, planejamos ações iniciamos atividades de grupo em fumantes, gestantes, adolescentes e oferecemos palestras

educativas sobre os principais temas da saúde. Além de avaliar em nossas diferentes reuniões os diferentes problemas epidemiológicos, para atuar e erradicar precocemente qualquer problema de saúde que afete nossas comunidades.

A maior causa de atendimento em as consultas são as doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus, além de queixas álgicas proveniente na grande maioria do trabalho pesado e as intestinais provenientes das parasitoses, como resultado da má qualidade do saneamento básico da região.

Tendo em conta que as unidades de saúde são a primeira porta de entrada dos pacientes ao SUS, e conhecendo que nosso trabalho consiste em o planejamento contínuo e integral das ações de prevenção e promoção da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, escolhi a HAS, problema de saúde com alta prevalência em minha comunidade, para fazer o projeto de intervenção educativa do estilo de vida em pacientes com a doença

Conhecendo que é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo pelo menos 40% das mortes por acidentes vasculares, cerebral, por 25% das mortes por doenças coronárias e em combinação com Diabetes ,10% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL .2013)

ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Nome: FDS

Data de Nascimento: 16 -08-1955

Idade: 62 anos

Sexo: Femenino

Estado Civil I: viúva

Escolaridade: ensino médio no completado

Profissão: Aposentada.

Residência Atua I: Oiapoque

PRIMEIRA CONSULTA: 05-05 -2017

Paciente F.D. S de 62 anos de idade, viúva, há 1 ano y 5 meses. Com antecedente de Hipertensão Arterial Sistêmica há 5 anos. Com tratamento com Captopril com 25mg duas vezes no dia (12/12 horas) e Hipercolesterolêmia Isolada, com tratamento dietético. Comparece a consulta relatando tem dor de cabeça e cansaço. Refere também há 15 dias não tem medicação para HS.

Dados da Triagem

-Peso :68 kg

-Altura :1.65cm

-Temperatura 36,5°C

Interrogatório

Sintomas gerais: dor de cabeça e cansaço.

Antecedentes Patológicos Pessoais: Hipertensão Arterial Sistólica
Hipercolesterolemia Isolada.

Alergia a Medicamentos: Dipirona

Antecedentes Cirúrgico: Cesárea e Laqueadura há mais o menos 20 anos.

Antecedentes Patológicos Familiares: Pai falecido com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Mãe: falecida Cardiopatia Hipertensiva e Diabetes Mellitus tipo II.

Irmã: Diabetes Mellitus tipo II.

História Ocupacional: Faxineira.

Condições da vivenda: casa de madeira, tijolo, com três quartos, um banheiro, sala, cozinha, com água de poço para consumo. Mora com sua filha e família.

Alimentação: Predominantemente carboidratos, carnes, gorduras, suco, frituras e peixe assado.

Atividades Físicas: não realiza exercícios, sedentário.

Condições socioeconômicas: aposentadoria e entrada de dois salários mínimos.

Exame Físico

Temperatura 36.5°C

Peso :68kg, Altura: 1.65cm

Estado Nutricional: IMC (INDICE DE MASA CORPORAL) :24.9(peso ideal)

Mucosas: coradas e úmidas.

Pele: sem alterações.

Boca: sem alteração.

Aparelho Respiratório: ausculta respiratória sem alterações. FR 20 rpm.

Aparelho Cardiovascular: ausculta cardíaca sem alterações FC 88 bpm. PA: 160/100 mmHg.

Abdome:

Inspeção: plano, presença de cicatriz cirúrgica de +/- 2 cm na região inguinal.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais.

Percussão: sim alterações.

Sistema Nervoso: sim alterações.

Membros inferiores: não edemas, pulsos artérias presentes e normais.

Exame dos pés: Sem alterações.

Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Sistêmica não Controlada e Hipercolesterolemia Isolada.

Conduta Medicamentosa no ambulatório: Captopril 01 comp via oral. Avaliação novamente em 30 minutos para prosseguir com as orientações médicas. Passado o tempo avalio novamente e constato PA 130/80 mmHg.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2007).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas 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 adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (CAB, 2013).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrito, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas 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 adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2010).

- Oriente quanto à importância da adoção ao tratamento e medidas de mudança de estilo de vida (MEV) para o adequado controle da Hipertensão Arterial.
- Manter adequada alimentação com uma dieta sem açúcar, sem gordura saturada, baixa de sal, sem frituras.
- Oriente realizar exercícios físicos aeróbicos três vezes da semana.
- Encaminho a paciente à nutricionista da equipe NASF, para receber orientações quanto à dieta para a, Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Captopril (comp.25 mg) tomar 1 comp. 12 /12 horas.

-Solicito exames complementares: Hemograma, Glicemia de jejum GJ, colesterol total (CT), HDL e triglicérides (TG), ureia, creatinina sérica, exame de urina tipo 1(EAS), ácido úrico, Fundoscopia.

- Aferição de PA por 7 dias.

SEGUNDA CONSULTA. 12-05-2017. O paciente retorna consulta e refere que está seguindo as orientações dadas,

PA. 130/80 mmHg.

Peso: 68 kg

Estatura: 1.65cm

Traz exames realizados (8-05-2017)

HGB 14.6 g/dl

HTC 44.2 %

Glicemia Jejum GJ:8.5 mg /dl

Colesterol total CT: 230 mg /dl

Triglicérides TG: 132 mg /dl

Urina tipo 1 EAS: negativa

Ureia: 27 mg /dl

Creatinina: 0.7 mg /dl

Aferição de PA 1 – 150 /90mmhg

2 -140/80 mmhg

3 -140/80 mmhg

4-130/80 mmhg

5-130/80 mmhg

6-130/80mmhg

7-130/80 mmhg

TERCERA CONSULTA 15-05-2017. O paciente é avaliado por nutricionista recebe orientações agenda consulta de retorno PA. 130/80 mmHg.

Peso: 68 kg

Estatura: 1.65cm

Mantem Hipertensão Arterial Sistêmica controlada, Hipercolesterolêmia oriento continuar o tratamento medicamentoso e dieta (manter adequada alimentação, sem gordura saturada, sem açúcar, baixo de sal). Continuar com o acompanhamento e orientações da nutricionista. Oriento as complicações de a doença, agendo o retorno para dentro de 15 dias.

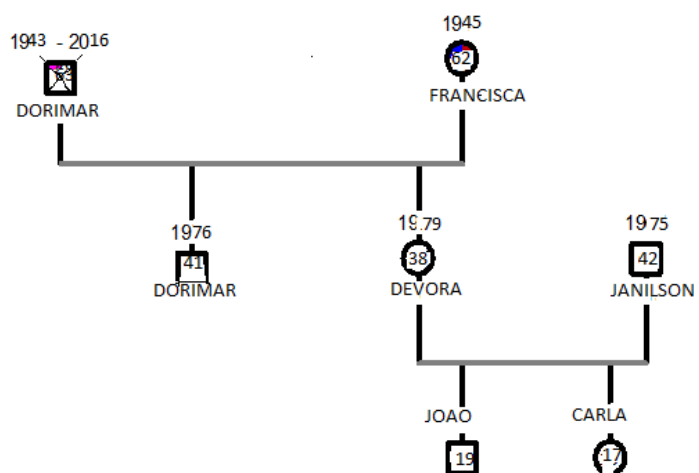
QUARTA CONSULTA. 26-05-2017 O paciente retorna à consulta, relata que está melhor não tem queixas, continua o tratamento prescrito de forma regular e a dieta, tem peso: 68 kg, PA: 130 /80 mm Hg.

Oriento continuar com as consultas da nutricionista, continuar com o tratamento por sua importância no controle da Hipertensão Arterial e Hipercolesterolêmia., exame de Colesterol total CT, Triglicérides TG, para o seguimento. Agendo retorno para 30 dias.

QUINTA CONSULTA. 26-06-2017. Retorna a consulta, peso 65 kg, PA: 130/70 mmHg., sem queixas.

O paciente mante atingidas as metas Hipertensão Arterial Sistêmica controlada e Hipercolesterolêmia. Isolada, oriento que deve manter o tratamento medicamentoso de forma regular e continua, manter as mudanças de estilo de vida (MEV). Retorno a consulta até 6 meses (26-12-2017), para essa consulta solicito exames novamente. Agendar consulta com enfermagem dentro de três meses, com resultado do exame de colesterol. Incorporo ao grupo de HIPERDIA na UBS para sua participação nas atividades de promoção de saúde.

Genograma.



3- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Considera-se a promoção de saúde como o processo de capacitação de indivíduos, famílias e comunidades sobre os determinantes de saúde e atuar na melhoria de sua qualidade de vida. (WHO.1986).

Como bem é sabido nossas unidades de saúde são o primeiro contato com os pacientes para entrar no sistema de saúde com território inscrito. Permite o planejamento, programação descentralizada, com o princípio da equidade e integralidade em seus vários aspectos (integração de ações agendadas e demanda espontânea); assim como á articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde assim como tratamento e reabilitação).

Minha equipe fundamentalmente trabalha de forma interdisciplinar, unido com responsabilidade e coordenação do cuidado da saúde.

Às relações de vínculo e responsabilidade entre a equipe e a comunidade é papel primordial para nossas atividades de promoção e prevenção das doenças, suporte para garantir a continuidade das ações de saúde e sua longitudinalidade. Em base na opinião de que nosso atendimento depende das transformações em questões de saúde da vida de nossos pacientes.

Temo-nos a tarefa em minha unidade de reforçar as medidas de educação, prevenção e promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida de nossos pacientes e assim, reduzir a incidência das doenças. Muitas tem sido ações planejadas e tomadas por meu equipe há mais de um ano na UBS.

Em meu inicios na UBS, a maioria da equipe era nova, soo antigos eram os agentes de saúde, pelo que desde o início nós tivemos que planejar um grupo de ações para atender as necessidades dos pacientes em nossa área de abrangência. Foi um trabalho muito difícil, valioso, contamos com apoio dos agentes comunitárias para conhecer muitas peculiaridades do território.

Uma das propostas em as reuniões da equipe que fiz para entender melhor a população foi relacionada com as visitas domiciliares as quais eram feitas cada 15 dias e apenas os pacientes acamados. Sugeri que tínhamos que fazer as visitas com mais frequência, já que era a maneira mais eficaz de conhecer a realidade dos nossos pacientes. Também inserir em as visitas outros grupos de pacientes, como crianças, gestantes, usuários de drogas a fim de atender as famílias e trabalhar em conjunto para modificar seu modo e estilo de vida.

Graças a essas mudanças, identificamos que a nossa população tem um elevado número de paciente com doenças crônicas não transmissíveis, então criamos o grupo para hipertensão e diabetes, com o objetivo de ampliar os conhecimentos sobre as doenças, para assim melhorar sua qualidade de vida e evitar as complicações das mesmas.

Também criamos um grupo de lactentes já que muitas mães mostravam insegurança para alguns problemas com seu bebê, tais como: achavam que febre era quando a criança tinha temperatura de 37 graus, outro foi a importância do aleitamento materno exclusivo, e o teste do pezinho. Este grupo tem sido muito valioso, porque hoje muitas mães na nossa comunidade estão mais preparadas para cuidar de seus filhos.

Estimulamos o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementado com alimentação da família, até os dois anos de vida. Orientamos a importância da aplicação das vacinas pôr o esquema básico de imunização. Realizamos vigilância do crescimento e desenvolvimento das crianças e garantimos o fortalecimento do vínculo familiar com a UBS, assim como detectar precocemente os transtornos de saúde, nutrição e desenvolvimento das crianças. Neste sentido, um exemplo de promoção, internacionalmente reconhecido, é a política adotada pelo governo brasileiro com o programa Bolsa Família, que auxiliado na redução do sofrimento de milhões de pessoas que viviam abaixo da linha da pobreza.

(RBMFC.2014). Programa que se encontra implantado em meu município, minha equipe trabalha em para favorecer famílias em ele, envolvendo às famílias nas ações realizadas.

Realizamos estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual, mas existe dificuldade no planejamento familiar, o mesmo é agravado por não ter em nossa cidade um profissional para assumir as consultas.

Então sugeri em uma reunião para fazer um levantamento de todas as mulheres em idade fértil para saber quais métodos contraceptivos são usados por elas, seu conhecimento, importância do autoexame mama e exame do colo de útero.

O conjunto dessas ações básicas visa assegurar a integralidade e a sistematização do atendimento prestado pelos profissionais da atenção primária de saúde deslocando o enfoque de uma assistência baseada em doenças para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento, grávidas, idosos, que constitui os grupos mais vulneráveis. Permitindo evidenciar, de maneira precoce, os transtornos que afetam a saúde das comunidades.

Nossa área também tem um elevado número de pacientes com problemas de saúde mental, tema que tem sido abordado em reuniões da equipe. Uma estratégia tomada para melhor controle dos pacientes foi pesquisar com os agentes de saúde as famílias que tinham risco de violência. A equipe ante um paciente que debuta ou encontra-se em crise, é muito difícil seu atendimento porque não contamos com os medicamentos necessários para compensá-los, não temos Psiquiatra para avaliação e acompanhamento do paciente. Os mesmos são encaminhados para a capital uma vez tratados no hospital, depois do retorno são acompanhados no CAPS e por nós.

Fazendo uma reflexão, na minha área de abrangência em quanto a doenças crônicas devo apontar que, o atendimento médico na nossa unidade em doenças crônicas não transmissíveis em específico na Hipertensão Arterial segue sendo um desafio muito grande. Porque no aumento de esta doença, se descreve uma incidência muito alta em relação com a população nesta área de abrangência, é preciso sinalizar que não contamos com todos os recursos necessários no hospital de referência da minha localidade para fazer um acompanhamento adequado destes pacientes, e não temos especialista em medicina, cardiologista e outras especialidades afim necessárias para o melhor controle e acompanhamento.

Todos os pacientes são direcionados ao hospital, na capital do estado, para consulta com outras especialidades quando elas precisarem.

Existe muita dificuldade da minha parte, pela complexidade dos casos novos, que necessitam estudos que aqui não se fazem, e demoram muito tempo para que eles façam, estas condições dificulta o atendimento. Tenho que sinalar que o não foi fácil, mais minha equipe continua, não desiste em buscar opções para enfrentar e erradicar qualquer problemática que afeite a saúde de nossa comunidade.

No apoio matricial fica faltando capacitação nesse aspecto, para poder abordar e atender melhor esses pacientes, mas trabalhamos na promoção de saúde orientando a população a importância de mudar os estilos de vida não saudável, evitando-se a incidência e prevalência desta doença.

Realizamos ações para melhorar o conhecimento da população sobre sua doença, avaliação integral dos pacientes Hipertensos, o controle e a prevenção das complicações, diminuindo a taxa de mortalidade associada à HSA em a UBS Clevelândia do Norte.

4- VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICILIO

A visita domiciliar é uma ferramenta essencial na Atenção Primária de Saúde da família, um instrumento imprescindível para o planejamento e práticas de ações de saúde para a família, facilitando o acesso dos usuários que por algum fator se encontram impossibilitados de acessar aos serviços de saúde.

Em minha UBS Clevelândia do Norte os primeiros meses de trabalho a visita domiciliar era feita de forma aleatória, conforme a demanda dos familiares ou dos profissionais (agentes de saúde e enfermeira) o seja não cumpria os requisitos da visita domiciliar. Depois de 4 meses de experiência de trabalho em às reuniões de equipe, leve a idea de mudar esta metodologia, com o objetivo de ter melhor acesso e promover a equidade no atendimento integral. Para execução da visita domiciliar é importante definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos (Ohara, 2008)

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiar com elaboração do Genograma.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.

- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.
- Realizamos a seleção do indivíduo e/ou das famílias conforme nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares considerando-se:
 - Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc.).
 - Situação ou problema crônico agravado.
 - Situação de urgência.
 - Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
 - Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc.).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando tem:

- Problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Fizemos o planejamento a periodicidade de visitas domiciliares às famílias pela equipe de saúde de acordo com a classificação de risco familiar (Oliveira, 2004)
Risco máximo: Visitas semanais.

Risco médio: Visitas quinzenais

Visitas Risco menor: Visitas mensais

Atualmente em minha UBS são programadas um dia da semana para elas, no horário de manhã, são registradas em um livro de controle e uma vez programadas os pacientes são avisados com antecipação. Tendo em conta que as visitas tem que cumprir a primeira condição que é o consentimento da família ou sujeito. O atendimento domiciliar no pode ser imposto (CAD. 2012). As visitas são realizadas com a equipe da saúde completo. Deve-se registrar o atendimento em o prontuário individual do paciente. No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e da família. Os cuidadores têm seu espaço para esclarecimentos, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões que precisem para o atendimento do paciente. Durante a visita, todas as situações de risco identificadas devem ser abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores. Além disso, intervimos para modificar modos e estilos de vidas não saudável evitando complicações das doenças crônicas não transmissíveis, fundamentalmente a Hipertensão arterial muito frequente em nossa área de abrangência. Sempre contamos com o apoio da equipe NASF completo para avaliação e tratamento do paciente possibilitando ao usuário e família beneficiar se com um atendimento multidisciplinar no domicílio. Os procedimentos realizados durante as visitas domiciliares são poucos, normalmente efetuamos aferição de temperatura e pressão arterial, controle de HGT a pacientes diabéticos, curativos, injeções, retirada de suturas, os diferentes testes rápidos lavagem de ouvidos, teste do pezinho em recém-nascidos, vacinação. Neste ano o dentista de nossa unidade se integrou mais a nossas visitas para dar orientações uteis a pacientes acamados o com determinadas condições de saúde que não conseguem consultar com periodicidade na consulta de dentista Entre as coisas negativas que temos para a realização das visitas temos o transporte para a realização visitas em lugares distantes em ocasiões a secretária não tem transporte.

Algumas vezes quando preciso encaminhar aos pacientes para uma avaliação médica especializada são fora do município, a maioria das especialidades médicas só podem ser agendadas em Macapá, qual fica longe do município e existem demoras pela secretaria de saúde em garantir o transporte as famílias e as vezes não têm quem acompanhe o paciente.

Outra coisa negativa foi que apenas eram feitas as visitas domiciliares a pacientes acamado ou cadeira. Sugeri que tínhamos que aumentar as visitas a outros grupos de pacientes, como crianças e mulheres grávidas, ou outros pacientes com doença crônica descontrolada por não fazer tratamento médico adequado, todos concordaram e começamos a fazer a lista de pacientes que precisavam cuidados em casa.

Muitas vezes nas visitas domiciliares percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de recursos e não compartilha com os demais membros da família, em detrimento de sua própria saúde.

A trave das visitas orientou os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem-estar biopsicossocial do usuário, a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro, prático e afetivo. Sempre tratando de envolver a família em à conscientização da realização das orientações da equipe de saúde.

Considero logo de minhas experiências, a visita domiciliar é uma oportunidade para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como parceiro da família. Uma união mais entre a equipe da saúde o indivíduo, e a família. Ferramenta que possibilita a identificação das especificidades de cada domicílio, indivíduo e família, podendo assim fortalecer os aspectos positivos e orientar e planejar a correção de problemas bem caracterizados durante a visita. Melhorando a qualidade de vida do paciente assim como à integralidade de nossos serviços de saúde.

5- REFLEXÃO CONCLUSIVA.

A estratégia da Saúde da família surgiu como uma nova abordagem no atendimento integral e contínuo da população, é uma estratégia que prioriza as ações de promoção e prevenção da saúde em os indivíduos e da família. Com o objetivo reorganizar as práticas assistências. Analisando cada atividade que realizamos em o curso de especialização da família eles nos ofereceram conhecimentos valiosos para melhor desempenho de nosso trabalho no dia a dia. Melhor prática dos protocolos de saúde no Brasil, logrando melhor qualidade de atendimento médico e maior esperança e qualidade da vida dos pacientes. O aprendizado do SUS, nos deu o conhecimento para colocar seus princípios e diretrizes em prática alcançando assim melhor atenção dos serviços de saúde o que oferecemos. Cada experiência de estudo foi uma realidade de nosso dia a dia. Aprendi o papel importante que tem cada integrante da equipe da saúde, a importância da retroalimentação na equipe, que o resultado de os indicadores do trabalho depende das ações conjuntas da equipe.

As dificuldades durante o curso foram poucos para citar alguns: problema com a Internet, pois onde moro não temos, dificultando a entrada na plataforma fundamentalmente a os áudios e as atividades avaliativas ainda é complicado acessar nas diferentes áreas da plataforma, acho que às vezes, eram muitos os conteúdos para estudar com avaliações e fóruns, a pesar de sua importância

As coisas positivas foram muitas, conheci como foi evoluindo o sistema de saúde no Brasil para se tornar o que é hoje. Aprendi sobre as leis que protegem os trabalhadores, mulheres, idosos, crianças, e os adolescentes. Tudo isso me ajudou a ter as ferramentas de condução ante qualquer problema de maltrato a mulher, infantil ou pessoa idosas frequentes em sociedade.

Em relação a meu trabalho como médico de atenção primária entendi mais uma vez que somos a primeira porta de entrada aos serviços de saúde, por tanto estamos mais próximos aos pacientes, facilitando-se a prevenção, tratamento de qualquer problema de saúde. Graças a este curso desenhei minha agenda de trabalho,

aprendi sua importância, obtive como resultado, melhor acessibilidade a minha comunidade, além de ser confortável e ter mais tempo de atendimento integral do paciente, alcançando consultas com maior qualidade.

Atualmente tenho um dia cada semana estabelecido para consultas de gestantes, puericultura, atenção a pessoa, atenção da mulher, doenças crônicas não transmissíveis, dias de demandas livres, assim como atendimento domiciliar. Esse planejamento me permite fazer uma avaliação com maior qualidade para os meus pacientes e fornecer todas as informações que eles precisam para cuidar melhor de sua saúde. Isso tem melhorado muito o desempenho do meu centro de saúde em a comunidade. Alcance uma melhor aceitação e confiança de os pacientes. Além de os próprios pacientes reconhecer o importante que é os serviços que prestamos. Logre incentivar o aleitamento materno e sua importância com resultados surpreendentes.

Sobre as visitas domiciliares teve mudanças importantes quando comecei, a apenas realizava em geral ,2 visitas por mês. Plantei na reunião a necessidade de fazer mais visitas para compreender melhor os pacientes e que isso não era possível só na UBS, precisávamos complementar nossas ações com atendimento no domicilio para avaliar diretamente a realidade dos pacientes, aspectos importantes do meio ambiente, para lograr melhorar os indicadores de saúde de nossa comunidade.

Na atualidade faço as visitas domiciliares cada semana e agora visito não só os pacientes acamados ou em cadeiras de rodas como no início, também aumentamos o grupo de pacientes que necessitam de cuidados em casa, como gestantes, crianças, puérperas, adolescentes com riscos sociais, dependentes químicos e algumas famílias em risco de violência doméstica.

Agora trabalho mais em conjunto com outros profissionais como do NASF, são convidados a discutir os problemas de algumas famílias em reuniões de equipe para

juntos trazer novas ideias e possíveis soluções para os seus problemas. Cumprindo-se a integralidade de nosso serviço.

Como uma maneira de organizar meu trabalho fiz uma lista de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis, a fim de gerenciar melhor a cada paciente e o contato com aqueles que não procuram atendimento médico na unidade para que sejam avaliados com a periodicidade que precisam, tendo em conta os protocolos.

Acredito que tudo o aprendido no curso me ajudou muito, porque agora sou capaz de organizar melhor o meu trabalho, tive atualizações de muitas questões médicas e minha região não temos especialidades, por tanto aprendi melhor condução em algumas condutas terapêuticas logrando a satisfação do paciente. Antes deste curso era muito difícil escolher o melhor método anticoncepcional em as mulheres, tratar doenças próprias de minha região assim como trabalhar com meus dados epidemiológicos.

A mesma coisa aconteceu com os pacientes de saúde mental que me custou muito trabalho modificar ou aumentar doses de medicação e, graças as capacitações solicitadas podemos começar a tratar melhor os pacientes.

A modo geral o curso de especialização foi muito valioso para mim, teve muitas dificuldades para acessar, acho que GRATIDÃO é palavra que tenho para descrever o curso e meus tutores, a primeira Suyane de Sousa, maravilhosa, compreensível, preparada, preocupada para o esclarecimento das dúvidas e todo o desenvolvimento do eixo 1, MUITO OBRIGADA. O segundo igual, apoiando a superação da turma. Acho que sim eles o curso se volve muito difícil para nós para conhecer e praticar os protocolos da medicina familiar brasileira. Foi e será uma experiência valiosa que me ajudo a dar melhor ações de prevenção, promoção de saúde, tratando de resolver a maioria de os problemas em nosso nível.

Referências Bibliográficas:

Borba PC, Oliveira RS, Sampaio YPCC. O PSF na prática: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

Cadernos de atenção básica de Hipertensão Arterial (CAB NUMERO 37,2013)

Caderno de Atenção domiciliar/Ministerio da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. -Brasilia: Ministerio da Saúde,2013.

Ohara ECC, Ribeiro MP. Assistência domiciliária. In: Ohara ECC, Saito RXS (Eds.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. P. 115-30.

Oliveira R, Sampaio YP, Borba PC. Organização de visitas domiciliares. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004. P. 134.

Revista Brasileira De Medicina de Família e Comunidade 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2010 .

World Organization (WHO). The Ottawua charter for health promotion.Ottawua:WHO;1986

ANEXO 1: Projeto de intervenção.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Marquelis Castillo Leonar

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA: ESTILO DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS
NA UBS CLEVELÊNDIA DO NORTE. OIAPOQUE.**

Macapá- AP

2017

Marquelis Castillo Leonar

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA: ESTILO DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS
NA UBS CLEVELÂNDIA DO NORTE.OIAPOQUE.**

Dissertação do Projeto de Intervenção. Trabalho apresentado como requisito para conclusão do Curso de Pós Graduação em nível de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Suyane de Souza Lemos.

Macapá-AP

2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos principais problemas de saúde no Brasil e no mundo, associada às doenças vasculares cerebrais e cardíacas que são as principais causas de morte. A intervenção social por meio de informação sobre saúde às comunidades melhora a adesão ao tratamento da HAS. O objetivo deste trabalho é intervir de forma educativa no estilo de vida em pacientes hipertensos em acompanhamento na UBS Clevelândia do Norte foi elaborado um plano de ação. O plano de ação foi realizado para ser executado entre os meses de junho e dezembro do 2017, a população alvo são os hipertensos com obesidade, tabagismo, e mal habito alimentar, na Unidade Básica de Clevelândia do Norte, inclui treinamento à equipe de saúde, dinâmicas de grupo, palestras e orientações de hábitos de vida saudáveis aos pacientes e familiares, assim como avaliação com uma equipe multidisciplinar para a continuidade do tratamento e aumentar o conhecimento de sua doença. Com este trabalho esperamos capacitar à equipe de saúde para promover comportamentos e práticas saudáveis, aumentar a cobertura e adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e capacitar aos familiares para o reconhecimento dos fatores de risco que desencadeiam a hipertensão. Ao finalizar a execução do plano de ação, nossa equipe de saúde terá aumentado seus conhecimentos sobre hipertensão arterial, assim como os pacientes e os seus familiares, conseguindo assim melhorar a atenção aos hipertensos da comunidade, diminuir as complicações associadas à doença e melhorar qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Básica em Saúde, Educação em Saúde.

SUMÁRIO:

1 INTRODUÇÃO -----	5
1.1-PROBLEMA-----	8
1.2-JUSTIFICAR A INTERVENÇÃO-----	8
2 OBJETIVOS -----	10
2.1-OBJETIVO GERAL	
2.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
3 REVISÃO DA LITERATURA. -----	11
4 METODOLOGIA -----	14
4.1-SUJEITOS EM ENVOLVIDOS NO BENEFICIO DA INTERVENÇÃO	
4.2-CENÁRIO DA INTERVENÇÃO	
4.3-ESTRATÉGIA E AÇÕES	
4.4-AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	
5 CRONOGRAMA. -----	15
6 RECURSOS NECESSÁRIOS. -----	16
7 RESULTADOS ESPERADOS. -----	16
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	18
9 ANEXOS. -----	20

1 INTRODUÇÃO:

Atualmente, a Hipertensão Arterial é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças. (BRASIL 2012)

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. A hipertensão pode acontecer quando nossas artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para o desenvolvimento de cardiopatia isquêmica e acidente vascular cerebral. Mundialmente, a HAS é doença de alta prevalência, e estima-se que existam 691 milhões de pessoas. Hipertensas, das quais 420 milhões vivem em países em desenvolvimento. Calcula-se que 15 milhões de hipertensos morram a cada ano.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que o acidente vascular cerebral (AVC) foi responsável por 30% dos óbitos ocorridos no mundo. Os resultados assinalam que essa doença está aumentando e as autoridades de saúde pública enfrentam atualmente um dos maiores desafios para o controle da pressão arterial e outras doenças crônicas. (BRASIL.2012)

Quando o seu coração bate, ele contrai e bombeia sangue pelas artérias para o resto do seu corpo. Esta força cria uma pressão sobre as artérias. Isso é chamado de pressão arterial sistólica, cujo valor normal é 120 mm hg (milímetro de mercúrio). Uma pressão arterial sistólica de 140 ou mais é considerada hipertensão. Há também a pressão arterial diastólica, que indica a pressão nas artérias quando o coração está em repouso, entre uma batida e outra. Um número normal de pressão arterial diastólica é inferior a 80, sendo que igual ou superior a 90 é considerada hipertensão. (BRASIL.2012)

Nos últimos anos têm crescido os investimentos para a prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O Brasil lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, para o período de 2011 a 2022. Em o 2015 o Ministério da Saúde irá realizar em 1.600

municípios a Pesquisa Nacional em Saúde, na qual serão realizados exames com a finalidade de obter informações acerca de hábitos alimentares, tabagismo uso de bebidas alcoólicas, prática de atividade física e fatores comportamentais associados a hábitos saudáveis (BRASIL 2012). Uma eficaz abordagem contra a HAS deve ser combinada a outras estratégias focadas para a redução dos fatores de risco para doenças cardíacas. Tais abordagens incluem geralmente: dieta saudável, perda de peso, consumo moderado de álcool e atividade física regular. (GOULART. 2011) A educação em saúde é um meio alternativo para guiar as pessoas a adotarem mudanças o estilo de vida em pacientes hipertensos para prevenir e/ou controlar os fatores de risco da HAS, motivando-os a manter o tratamento de forma ativa. (GOULART. 2011)

Prevenir e tratar a HAS envolve, essencialmente, educação para incorporar mudanças de hábitos de vida. (GOULART. 2011). Fazem parte do tratamento não medicamentoso da doença, juntamente com a prática de exercícios regulares, redução do teor de sal na dieta, controle de peso, combate ao etilismo e ao tabagismo, que apesar de serem muito difundidos entre os pacientes, são pouco seguidos ou erroneamente interpretados. É de suma importância identificar na população-alvo quais são as variáveis que estão relacionadas ao abandono do tratamento e ao não cumprimento das orientações terapêuticas (adesão à medicação e a modificação do estilo de vida) (GOULART. 2011)

Ressalta-se a importância da abordagem profissional diante do paciente, para que essa abordagem ocorra dentro de suas percepções, para que conheça sua doença, desenvolva autor responsabilidade assumindo papel ativo e modificando seu comportamento frente à saúde, mantendo sentimentos positivos. (DE CASTRO .2014).

Neste sentido, este projeto de investigação tem como objetivo intervir em o Estilo de Vida destes pacientes Hipertensos para melhorar e controlar esta Doença. Acompanhadas pela UBS em o interior deste Município. Além disso, concentra-se na perspectiva de poder contribuir com as ESF e os diferentes segmentos da comunidade, visando às futuras modificações conjuntas, participação no planejamento e implementação das ações que possam de forma efetiva fazer

promoção e prevenção de esta doença crônica não transmissível y suas complicações.

1.1 PROBLEMA

Alta prevalência de Hipertensos com fatores de riscos e modo estilo de vida inadequados na UBS de Clevelândia do Norte. Oiapoque.

1.2 JUSTIFICATIVA

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada dos pacientes no Sistema de Saúde, a qual é o melhor ponto para acolher e fazer atendimento de qualidade dos pacientes e, assim, melhorar a qualidade de vida deles. Deve incluir atividades de promoção e educação em saúde, com a integração dos profissionais de saúde da equipe e sua comunidade que permitam um melhor trabalho na atenção básica, contribuindo com a solução dos problemas apresentados pela população da área de abrangência e mudanças de estilos de vida saudável.

Nossa UBS atende uma população de 1763 pacientes, deles mais do 50% são adultos, temos cadastrados 187 hipertensos, muitos deles são diabéticos piorando o prognóstico da sua doença, muitos dos familiares e pacientes não têm o conhecimento adequado da HAS, suas complicações, seu tratamento, etc. Eles procuram com frequência assistência no posto de saúde, mas muitos não estão controlados, nem todos usam os medicamentos disponíveis nas farmácias populares que dificulta seu controle. Quando indicamos exames de seguimento aos pacientes temos que esperar muito tempo pelos resultados, se os pacientes precisam ser internados, no hospital não tem em consideração a situação social e familiar dos pacientes e quando os pacientes são dados de alta não tem documentos que informem os exames feitos no hospital, o tratamento, etc.

A justificativa em realizar este projeto de intervenção sobre a HAS deve-se ao fato dela ser um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doenças arterial coronária e em combinação com o diabetes, 10% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL.2013). Trabalharemos com as pessoas portadoras de HAS por sua alta incidência na comunidade, contribuindo para modificar o modo e estilo de vida, a fim de atingir o controle efetivo através do

tratamento, correta alimentação e prática de exercícios físicos. O paciente, estando ciente do problema que enfrenta e a história natural da doença, em ações que incluam sua família, poderá melhor aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, podendo atingir resultados positivos no tratamento.

Por tanto é preciso aumentar os conhecimentos dos pacientes e suas famílias sobre a HAS, pois a educação é parte fundamental do tratamento. Com a realização de um plano de ação sobre a HAS, vamos melhorar a atenção à saúde da nossa população e a qualidade do atendimento, avaliar integralmente aos pacientes, controlar e prevenir as complicações e diminuir as taxas de mortalidade associadas à HAS na área de abrangência de nossa UBS.

2 OBJETIVOS:

1- OBJETIVO GERAL

- Intervir no estilo de vida em pacientes hipertensos em acompanhamento na UBS Clevelândia do Norte. Oiapoque.

2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar fatores de risco que levem ao aumento da Hipertensão Arterial.
- Avaliar o conhecimento da população sobre os fatores de risco da doença Hipertensão Arterial.
- Estabelecer um plano de ações educativo-preventivas visando à prevenção e controle da Hipertensão Arterial.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Atualmente, a Hipertensão Arterial é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças.

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão, sendo que 50% da população com obesidade têm a doença. A hipertensão pode acontecer quando nossas artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. (BRASIL. 2012)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para o desenvolvimento de Cardiopatia Isquêmica e Acidente Vascular Cerebral. Mundialmente, a HAS é doença de alta prevalência, e estima-se que existam 691 milhões de pessoas hipertensas, das quais 420 milhões vivem em países em desenvolvimento. Calcula-se que 15 milhões de hipertensos morrerem a cada ano.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi responsável por 30% dos óbitos ocorridos no mundo. Os resultados assinalam que essa doença está aumentando e as autoridades de saúde pública enfrentam atualmente um dos maiores desafios para o controle da pressão arterial e outras doenças crônicas. (BRASIL 2013)

Quando o coração bate ele contrai e bombeia sangue pelas artérias para o resto do corpo, esta força cria uma pressão sobre as artérias isso é chamado pressão arterial sistólica, cujo valor normal é 120 mm hg (milímetro de mercúrio). Uma pressão arterial sistólica de 140 ou mais é considerada hipertensão. A pressão arterial diastólica indica a pressão nas artérias quando o coração está em repouso, entre uma batida e outra. Um número normal de pressão arterial diastólica é inferior a 80, sendo que igual ou superior a 90 é considerada hipertensão (BRASIL.2012)

Nos últimos anos têm crescido os investimentos para a prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O Brasil lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, para o período de 2011 a 2022. Em o 2015 o Ministério da Saúde irá realizar em 1.600 municípios a Pesquisa Nacional em Saúde, na qual serão realizados exames com a finalidade de

obter informações acerca de hábitos alimentares, tabagismo uso de bebidas alcoólicas, prática de atividade física e fatores comportamentais associados a hábitos saudáveis (BRASIL. 2013).

Uma eficaz abordagem contra a HAS deve ser combinada a outras estratégias focadas para a redução dos fatores de risco para doenças cardíacas. Tais abordagens incluem geralmente: dieta saudável, perda de peso, consumo moderado de álcool e atividade física regular. A educação em saúde é um meio alternativo para guiar as pessoas a adotarem mudanças o estilo de vida em pacientes hipertensos para prevenir e/ou controlar os fatores de risco da HAS, motivando-os a manter o tratamento de forma ativa.

Prevenir e tratar a HAS envolve, essencialmente, educação para incorporar mudanças de hábitos de vida. Fazem parte do tratamento não medicamentoso da doença, juntamente com a prática de exercícios regulares, redução do teor de sal na dieta, controle de peso, combate ao etilismo e ao tabagismo, que apesar de serem muito difundidos entre os pacientes, são pouco seguidos ou erroneamente interpretados. É de suma importância identificar na população-alvo quais são as variáveis que estão relacionadas ao abandono do tratamento e ao não cumprimento das orientações terapêuticas adesão à medicação e a modificação do estilo de vida. (GOULART. 2011)

Ressalta-se a importância da abordagem profissional diante do paciente, para que essa abordagem ocorra dentro de suas percepções, para que conheça sua doença, desenvolva autor responsabilidade assumindo papel ativo e modificando seu comportamento frente à saúde, mantendo sentimentos positivos. (DE CASTRO. 2014)

Neste sentido, este projeto de investigação tem como objetivo intervir em o estilo de vida destes pacientes hipertensos para melhorar e controlar esta doença. Acompanhadas pela UBS em o interior deste município. Além disso, concentra-se na perspectiva de poder contribuir com as ESF e os diferentes segmentos da comunidade, visando às futuras modificações conjuntas, participação no planejamento e implementação das ações que possam de forma efetiva fazer

promoção e prevenção de esta doença crônica não transmissível y suas complicações.

4 METODOLOGIA

É uma intervenção educativa, com o objetivo de mudar o estilo de vida em 65 pacientes que apresentaram hipertensão arterial na UBS Clevelândia do Norte município de Oiapoque, Macapá O universo de estudo foi formado por todos os pacientes com idade superior a 56 anos com este diagnóstico.

Diagnóstico de hipertensão foi confirmado em cada paciente de acordo com os critérios estabelecidos no programa nacional de prevenção, avaliação e controle desta doença, estabelecido pelo Ministério de Saúde do Brasil.(BRASIL. 2012)

4.1 Cenário da intervenção:

- Referente à saúde na UBS Clevelândia do Norte do Município Oiapoque chamou a atenção que não tem dieta saudável, o hábito de fumar, o excesso de peso, assim como ausência de atividade física nos adultos. As ações dirigidas aos indivíduos em risco se farão na própria Unidade de Saúde em espaços públicos destinados a atividades físicas, lugar apropriado para esse tipo de atividades imposto pela prefeitura da cidade com a integração dum professor educação física e nutricionista.

4.2 Sujeitos em envolvidos no benefício da intervenção:

- Os pacientes mais de 56 anos de idade hipertensos da UBS Clevelândia do Norte tanto femininos como masculinos selecionados de maneira aleatória pela equipe de enfermagem e médico, com prévio consentimento deles.

4.3 Estratégias e ações:

Para realizar esta pesquisa foi realizada em quatro etapas:

- 1º etapa: Seleção dos pacientes hipertensos com obesidade, sedentarismo, fumador por meio de uma ficha onde os dados necessários serão colhidos em entrevista.

- 2ª etapa: Os selecionados serão convocados numa reunião para descrição do projeto de intervenção e a importância da mudança do estilo de vida, como hábito alimentares, incorporação da atividade física na vida deles.
- 3ª etapa: Realizar palestras educativas de como mudar o estilo de vida nesses pacientes e entrega do plano de trabalho para ser executado pelos pacientes envolvidos no projeto, que visa aumentar o nível de conhecimento dos mesmos.
- 4ª etapa: Avaliar o conhecimento após a intervenção educativa.

Passos	Temas	Palestrante
Paso 1	Explicação do projeto	Equipe de saúde
Paso 2	Importância relacionados a promoção e prevenção sobre sedentarismo e hábito de fumar.	Professor Educação Física
Paso 3	Assessoramento respeito as atividades físicas para combater o sedentarismo.	Professor Educação Física
Paso 3	Como escolher uma alimentação saudável e equilibrada.	Nutricionista
Paso 4	Avaliar perguntas e tempo para responder ao questionário.	Equipe de saúde

4.4CRONOGRAMA:

Atividades	Agosto	Setembr o	Outubr o	Novembr o	Desembr o	Janeiro
Elaboração do projeto	X	x	X			

Aprovação do Projeto				X		
Estudo da Literatura	X	x	X	X	X	X
Coleta de dados e intervenção				X	X	X
Discussão e Análise dos Resultados					X	
Revisão final e digitação						X
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

4.5 Recursos necessários

- Sala para realização de grupos;
- Balança;
- Esfignomanometro DIGITAL;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissionais Médicos, Enfermeiro, Téc. /Aux. Enfermagem, ACS;
- Listas com pacientes estratificados,
- Boletins de atendimento coletivo;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

4.5. Avaliação e Monitoramento:

Concluída a intervenção, aplicaremos questionário de conhecimento sobre os temas discutidos, avaliando assim o nível de conhecimento adquiridos mediante o trabalho de intervenção.

Os pacientes hipertensos serão estimulados a participarem ativamente do projeto, e divulgação do mesmo, relando suas experiências vividas com o grupo, indagando aspectos positivos e negativos a fim de aprimorar ainda mais a efetividade e eficácia do projeto.

Estimular-se a que todos os pacientes hipertensos venham tirar as suas dúvidas em qualquer momento.

4.6. Resultados esperados:

- ❖ Diminuição do número de adultos hipertensos com sedentarismo e excesso de peso.
- ❖ Aumento das atividades físicas na população com hipertensão.

- ❖ Diminuição do hábito de fumar nestes pacientes para melhorar sua doença.
- ❖ Maior integração entre os membros da equipe de saúde.
- ❖ Atrair a comunidade a ter melhoras na qualidade de vida.

8 REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Saúde dos brasileiros será avaliada em 2013.2012.Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/10/18/saude-dos-brasileiros-sera-avaliada-em-2013>>. Acesso em: 20 out. 2012.

Everton Mesquita Dias, ET al Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica cadastrado na Casa Saúde da Família Águas Lindas II, Belém-PA. Revista de Medicina, São Paulo, v. 88, n.03-04, p. 191-198, jul./dez. 2011.

Flavio A. de Andrade Goulart. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília, DF: Organização Pan Americana da saúde,2011. Disponível em <http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2011. 10.

Fernanda Silva Alves. O papel do enfermeiro no tratamento do portador da hipertensão arterial nos pacientes cadastrados na ESF Boa Vista, João Monlevade, Minas Gerais. 2011. 51 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

Janaína Moreira de Souza. O perfil do paciente idoso atendido no programa Hiperdia do Centro de Saúde Dois de Abril do Município de Ji-Paraná/RO. Revista Pesquisa & Criação, Porto Velho, v. 10, n. 2, p.189-201, jul./dez. 2011.

Luna, Rafael Leite. Aspectos históricos da hipertensão no Brasil. Hiperativo, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 6-9, jan./mar2014.

Maria Enoia Dantas Costa, Silva e Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde: uma contribuição para a enfermagem. 2010. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Piauí, Teresina, 2010.

Maria Euridéa de Castro, Rolim, Maysa Oliveira; Maurício, Tibelle Freitas. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. Acta

Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 2, p.184-189, abr./jun. 2014.

Mion JR, Décio et al. Diagnóstico da hipertensão arterial. Revista Medicina, Ribeirão Preto, v.29,n.2/3,abr./set.2010.Disponível em:<http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n2e3/diagnostico_da_hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2012.

Pierin, Ângela M.G, MION JR, Décio. O impacto das descobertas de Riva-Rocci e Korotkoff. Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, out./dez. 2010. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-2/impacto.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2012.

Sanjuliani, Antonio Felipe. Fisiopatologia da hipertensão arterial: Conceitos teóricos úteis para a prática clinicam.

Revista da Socerj, Praia de Botafogo, RJ, v. 15, n.4,p.210-218,out./dez.2010.Disponível em:<<http://socerj.org.br/archives/category/press/revista>>. Acesso em: 09 set. 2012.

Zélia Maria de Sousa Araújo, Santos, Lima, Hélder de Pádua. Ações educativas na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores. Revista RENE, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 60-68, jan./mar. 2013.

9. ANEXOS:

ANEXO: 1 INSTRUMENTO DE COLETA

1-Gostou de participar do projeto de intervenção?

Sim () Não ()

2-Em sua opinião o projeto ajudou a conhecer melhor sobre sua doença?

Sim () Não ()

3-Você acha que os fatores de riscos como (sedentarismo e estado nutricional) são importantes para mudar estilo de vida em sua doença?

Sim () Não ().

4-Você conhece que é alimentação saudável? Se sim quais?

5. Você realiza exercícios físicos? Se sim quais?

ANEXO: 2 - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTILO DE VIDA EM PACIENTES HIPERTENSOS NA UBS CLEVELÂNDIA DO NORTE. OIAPOQUE.

As informações que seguem abaixo estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem por objetivo analisar o conhecimento do estilo de vida em pacientes hipertensos na UBS Clevelândia do Norte.

Os dados serão coletados por meio de um questionário composto por perguntas objetivas que serão respondidas individualmente, sem a presença da pesquisadora, evitando assim, qualquer tipo de influência, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. O sigilo será assegurado durante todo o processo da pesquisa e também no momento de divulgação dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos.

A principal pesquisadora é a Dra. Marquelis Castillo Leonar. Acredito ela foi suficientemente informado a respeito das informações que foram lidas para mim, posteriormente discutindo com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do sigilo nominal e de minhas informações. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Data: ____/____/____

PACIENTE _____

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Declaro que obtuve de forma apropriada e voluntaria o Consentimiento Livre e

Esclarecido deste entrevistado (a) para a participação neste estudo

Pesquisadora -----