

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Universidade Federal de Ciências Da Saúde de Porto Alegre

Título do Trabalho: Ações de Prevenção e Promoção desenvolvidas na Unidade  
Básica de Saúde Campo Novo.

Rosana Jaime Infante

PORTFÓLIO FINAL

Porto Alegre

2018

Rosana Jaime Infante

Título do Trabalho: Ações de Prevenção e Promoção desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde Campo Novo.

Portfólio Final

Trabalho de Conclusão do Curso. Apresentado à UNASUS/UFSCPA como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sobre orientação do Prof.

Orientador: Dr.Fabiano Fraga de Carvalho. Médico de Família e Comunidade.

Porto Alegre

2018

## **Resumo**

Trata-se de uma atividade educativa onde foi desenvolvido um Portafólio composta por 5 atividades, incluindo o projeto de intervenção como primer anexo do mesmo. A primeira atividade corresponde a apresentação do trabalho assim como a comunidade a onde se encontra inserido a unidade básica. Na atividade 2 corresponde a apresentação do caso clínico de um paciente apresentando Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, entre outras doenças. A atividade 3 foi abordada a promoção, prevenção na unidade básica de saúde em resposta a dificuldades apresentadas num período de tempo. Se realizou uma reflexão além de uma descrição sobre a visita domiciliar realizada na comunidade em questão. A atividade 5 foi direcionada á Reflexão Conclusiva levada a cabo sobre todo o trabalho desenvolvido, também foram abordadas críticas e sugestões ao modulo como tal. Por último, se anexou o Projeto de Intervenção sobre uma Intervenção Educativa para elevar o nível de conhecimento de pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica. Os resultados esperados foram: diminuir as complicações causadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica no território.

**Palavras Chaves:** Promoção de Saúde. Medicina Preventiva. Intervenção Precoce.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1.1 Apresentação do tema para projeto de intervenção e justificativa.....	7
<b>2. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO.....</b>	<b>9</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR.....</b>	<b>18</b>
<b>5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Rosana Jaime Infante, tenho 31 anos de idade, de nacionalidade cubana, sou natural da Província Pinar do Rio, onde cursei ensino fundamental e ensino meio, me formei na Faculdade de Ciências Médicas Ernesto Ché Guevara da Serna, pertencente a La Universidad da Habana, conclui meus estudos no ano 2009. Iniciei minha carreira profissional como Médica Residente na Especialidade de Medicina Geral Integral na Província Pinar do Rio em zona de difícil acesso em Cuba, onde me graduei como Especialista em Medicina Geral Integral em Primero Grau e posteriormente participei da Missão Médica Internacionalista em Venezuela durante 3 anos, retornei a meu país e continuei trabalhando durante 2 anos consecutivos na atenção primária. Em agosto de 2016 comecei a participar do Programa Mais Medico para o Brasil (PMMB), deste período até atualidade trabalho no estado do Rio Grande do Sul, Município de Porto Alegre, Zona Sul, na unidade básica de saúde do Campo Novo.

A Unidade Básica de Saúde(UBS) Campo Novo foi inaugurada faz aproximadamente 14 anos, com uma estrutura pequena com menor capacidade de atendimento. No ano 2012 passou por uma reforma reconstrutiva e ampliação de sua área física. Atualmente, atende uma população de aproximadamente 21066 pessoas segundo (Fonte Cadastro por agentes comunitários de saúde 2017 da Unidade Básica de Saúde Campo Novo) aproximadamente 5 mil habitantes por cada equipe de saúde. Na área de abrangência da ESF (Estratégia de Saúde da Família) existem casas, prédios residenciais e não temos zona rural incluída.

O território dispõe de seis escolas, das quais dois de ensino fundamental e quatro de educação infantil, igrejas católicas e evangélicas, casas de religião de origem africanas, supermercados, farmácias, academias de ginástica, praças, salões de beleza, entre outras é uma potencialidade.

Em relação ao transporte público coletivo a população conta com duas linhas de ônibus e uma de lotação.

Nos últimos 3 anos a área da abrangência sofreu invasão de famílias com baixos recursos econômicos, na qual se estabeleceram construções ilegais de casa dentro desta área aumentando assim a população constituindo zona de invasão.

O horário de funcionamento do serviço de saúde é de segunda à sexta feira das 7h às 17h. Com a reforma da Estratégia de Saúde da Família(ESF) em 2013 ocorreu também a ampliação das equipes, contamos atualmente com quatro equipes de saúde da família, com três médicos de família e comunidade de estrangeiros do Programa Mais Médicos pra o Brasil, uma médica ginecologista, uma pediatra, três enfermeiros, duas dentistas, duas auxiliares de saúde bucal, uma técnica de saúde bucal, seis técnicos de enfermagem, um porteiro, duas auxiliar de serviços gerais e quinze agentes comunitários de saúde. A unidade conta também com o Conselho Local de Saúde, onde as reuniões ocorrem mensalmente, onde são discutidos assuntos oriundos a saúde.

O fluxo de atendimento da unidade contou com seis agendas médicas, com demanda espontânea e agendamento semanal que pode ser feito em presença física ou agendada pelo telefone para pessoas idosas. A agenda de enfermagem inclui a realização de testes rápidos, programa prá nenê, atendimento aos hipertensos, diabéticos e acolhimento. A verificação de pressão, vacinas, curativos, dispensação de medicação ocorre no horário estabelecido. Com relação ao movimento de pessoas na rua, podemos olhar pouco fluxo de pessoas, em sua maior parte jovens.

Há existência de território de vulnerabilidade sociais bem significativa, relacionada com a zona de invasão, onde existe aglomerado de famílias empobrecidas envolvidas com a violência e tráfico de substâncias proibidas.

Entre os principais problemas de saúde do território temos em primeiro lugar a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, doenças respiratórias e saúde mental.

## 1.1 Apresentação do tema para projeto de intervenção e justificativa.

### **Tema:**

Intervenção educativa em pacientes hipertensos da unidade básica de saúde de Campo Novo, Porto Alegre.

### **Justificativa:**

Na atualidade existem quatro equipes de saúde, devido à falta de profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) a coordenação do posto de saúde tomou como estratégia atender a sua área e todos atendem a área que falta médico, além que os profissionais se sobrecarregam, a população deste jeito não ficará sem atendimento.

Ainda existem muitos pacientes que não conhecem ou que não desejam ser atendidos pelo Posto de Saúde, pacientes diagnosticados com hipertensão arterial e que precisam de tratamento.

O trabalho na atenção primária à saúde (APS) está inserido sobre a prevenção e promoção para aumentar a qualidade de vida da população, evitar sua incidência e controle de sua prevalência, principalmente das complicações.

Nossa população caracteriza-se por apresentar costumes de vida não saudáveis, hábitos alimentares baseados na comida com pouco aporte de nutrientes (essenciais para manter um bom equilíbrio calórico), o sedentarismo, o álcool, hábito de fumar, uso de outras substâncias e a não adesão ao tratamento de forma geral contribui a aparição e aumento da prevalência desta doença, acrescentando a demanda do atendimento no posto de saúde.

A maior preocupação está baseada com pouco conhecimento sobre a doença, o que contribui a tudo antes exposto, pelo que toma-se este tema para ser abordado no presente projeto de intervenção.

A abordagem da hipertensão arterial sistêmica é constituída por o melhor plano medicamentoso e não medicamentoso, por mudanças no estilo de vida. Desta forma o controle da pressão arterial depende da adesão ao tratamento do paciente e das práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

O tema foi escolhido a partir da identificação dos problemas existentes nesta comunidade, e objetivo deste projeto é atingir um trabalho educativo para diminuir a incidência e prevalência das complicações em pacientes com hipertensão arterial sistêmica, porém, evitar o maior número de consultas desnecessárias no posto de saúde. Procura-se elevar o conhecimento dos pacientes com a finalidade de atingir

uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O presente portfólio é formado por 5 atividades que serão descritas durante o desenvolvimento da atividade com a discussão de casos clínicos complexos e por último, estarão anexado o projeto de intervenção.



## 2. APRESENTAÇÃO DO CASO CLINICO

Apresenta-se na UBS De Campo Novo a paciente Luiz (nome fictício) de 46 anos de idade, casado, com escolaridade ensino médio incompleto, tinha uma pequena empresa faz pouco quebrou e ficou desempregado. Refere ter histórico de diabetes mellitus tipo II, de tabagismo, fuma uma meia de 15 cigarros ao dia, obeso grau I, ingere bebida alcoólica com seus amigos quase todo os dias, depois que termina de trabalhar, algumas vezes chega bêbado em casa provocando brigas com sua esposa. Por vezes, apresenta hemoglicoteste e pressão arterial elevada e tem tido necessidade de receber atendimento na unidade de pronto atendimento. Foi iniciado tratamento indicado com: Metformina Cloridrato 850 mg 1 comprimido 3 vezes ao dia, realizar mudanças de estilo de vida, realização de exercícios físicos regulares, orientações de parar de fumar e foi encaminhado para o grupo de tabagismo e grupo de caminhada realizado três vezes por semana no posto de saúde, mais alega que ele tinha que procurar trabalho e esqueceu o acompanhamento pelo posto de saúde.

Uma vez descrita à situação clínica do paciente, decidimos em conversa com os demais integrantes da equipe de saúde; apresentada em reunião com objetivo centrado na criação do plano de intervenção educativo e terapêutico, baseado nas necessidades de melhora as condição de saúde do mesmo, e assim ofertar melhor resolutividade aos problemas de saúde que se apresentam.

### Evolução do caso

Na semana seguinte, na UBS Campo Novo apresenta-se para consulta médica Sr. Luiz que foi atendido, e aplicada a vacina antitetânica, que não tinha registro nenhum, fala que sua saúde está ficando ruim, vem apresentando, tontura sede, bebe muita água, não faz seu tratamento com regularidade no uso de metformina cloridrato, que não cuida da alimentação, fala que não tem tempo para fazer exercícios, que ele está procurando emprego. Fuma e bebe cachaça com muita frequência, e expressa que quer deixar os hábitos. Além disso, quando bebe refere ter dor de cabeça, suas orelhas ficam vermelhas e sua pressão fica com taxas muito altas sendo necessário procurar ao pronto atendimento, mais o médico de lá indicou algumas medicações e ele perdeu a receita e não iniciou tratamento para a pressão.

### Ao Exame Clínico (Luiz):

Altura: 163 cm, peso: 90 kg para um IMC: 33,9 % Obesidade classe II. Circunferência abdominal: 137 cm, PA: 160/90 mmHg, FC: 86 bpm. FR: 16 pm, HGT: 240 mg/dl, Sat: 96%.

### Plano Diagnóstico

Informamos ao paciente que a pressão está alta, que o excesso de peso e outras coisas podem aumentar sua pressão e muitas vezes necessitando de medicações para controlá-la. Precisamos melhorar a alimentação e começar a fazer caminhada e ele aceitou. Pedimos exames para avaliar os valores de glicose em jejum e hemoglobina glicada(HbA1C) para rastreamento da diabetes mellitus já que não veio em jejum e apresenta 240 mg/dl. Pela história de diabetes mellitus do paciente, e dos sintomas apresentados, obesidade e aumento da circunferência abdominal decidimos incluir perfil lipídico por alimentação inadequada, exames hepáticos pelo consumo de álcool e Rx de tórax com incidências PA e P, além de Hemograma Completo, provas hepáticas como Transaminases, Fosfatase Alcalina, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, Creatinina, Ureia e Ácido Úrico, Sódio, Potássio, Exame de Urina Q, Urocultura e Antibiograma, PSA Livre e Total. Monitoramento da Pressão Arterial( PA) por uma semana.

Foi orientado como tratamento, mudanças de estilo de vida (MEV), diminuir o hábito de fumar, evitar consumo de álcool, dieta saudável, cozinhar os alimento com menor quantidade do sal e gorduras na dieta, explicamos a importância de fazer caminhadas. Foi marcada consulta em sete dias.

Explicamos para ele a importância de manter o vínculo. Aos sete dias, Luiz para mostrar os exames que foram indicados. Refere melhora dos sintomas e que está diminuindo pouco a pouco o consumo de cachaça e de cigarros ao dia.

O resultado do monitoramento da PA mostrou-se com uma tendência ao manter valores acima dos normais.

### Exame físico:

PA 150/100 mmHg.

### Exames positivos:

Glicemia jejum 198mg/dl, Hemoglobina Glicada: 8%, Colesterol total: 288mg/dl, LDL: 198mg/dl e HDL: 43mg/dl, Triglicerídeos: 430mg/dl.

Hemoglobina glicada maior que 7% (este é um teste de referência muito importante para avaliar o controle glicêmico de médio e longo prazo). Como a glicose circulante liga-se a algumas proteínas do organismo, numa média que é diretamente proporcional aos níveis de glicemia; quanto maiores forem os níveis de glicose circulante, maior será o percentual de ligação dessa glicose com a hemoglobina. O teste é importante para avaliar o controle glicêmico e recomendado para avaliação do acompanhamento. (Caderno de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. No 16, Brasília 2006, pág. 17)

Colesterol acima de 200mg/dl e LDL 178 mg/dl.

“O cálculo de risco de doença cardiovascular em dez anos segundo Framingham o estimado é >20 % / 10 anos. Na categoria de alto risco”. (Caderno de Atenção Básica no 15. Hipertensão Arterial, Quadro 8, pág. 22)

**Avaliação:** Diabetes mellitus tipo II, HAS estágio I. Hiperlipidemia Mista

Obesidade classe I. Tabagista.

Plano diagnóstico:

Realizar e manter acompanhamento e retorno em três meses pelo posto de saúde.

Retornar com exames novos feitos de glicemia de jejum. Hemoglobina Glicada. Perfil lipídico para continuar evolução laboratorial.

Plano Terapêutico:

- Mudanças de Estilos de Vida (MEV): Dieta adequada, evitar consumo de gorduras, diminuir o consumo do sal, e doces. Entrego ao paciente por escrito orientações nutricionais.
- Cloridrato de Metformina (850mg) tomar um comprimido no café da manhã e almoço.
- Sinvastatina (20mg) tomar um comprimido à noite antes de deitar.
- Maleato de Enalapril 10 mg 2 comprimidos de 12/12 horas.
- Retornar para avaliação em três meses com exames laboratoriais.

Durante o mês fizemos uma visita domiciliar e encontramos Sr. Luiz em casa aguardando pela visita domiciliar. Luiz refere que está fazendo o tratamento conforme prescrito, as caminhadas são três vezes por semana porque já tem trabalho e mede

sua pressão com um aparelho do vizinho para controlar a mesma, que a parte mais difícil para ele é fazer dieta, mais está fazendo um esforço muito grande.

Observa-se uma melhora da saúde de Luiz agradece muito pela visita e agenda-se a próxima consulta com o resultado dos exames. Medimos PA: 130/80 mmHg e HGT: 120mg/dl.

Luiz retorna à consulta marcada, referendo melhora do seu estado geral.

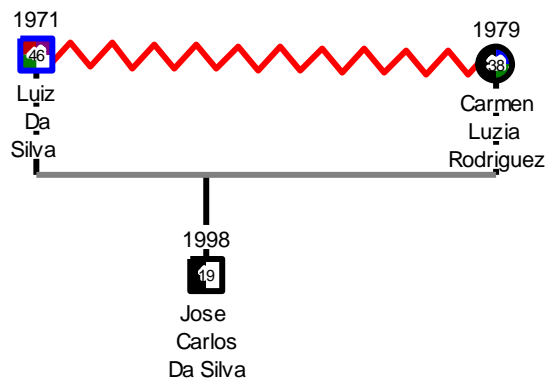
#### Exames.

Glicemia de jejum 115mg/dl, Hemoglobina Glicada 6,4%, Colesterol 200mg/dl. Na terceira consulta, houve uma melhora dos resultados laboratoriais, em comparação com os resultados anteriores. O paciente da importância de manter um bom controle de sua doença e assim evitar aparição de complicações.







Atualmente Luiz tem acompanhamento de cuidado contínuo em consulta e integrado ao grupo de tabagismo e caminhada do posto de saúde, o relacionamento dele com a equipe é ótimo. Além de manter acompanhamento em centro de saúde referenciado por causa do Álcool.

A continuação se ilustra graficamente diante o Genograma a situação da família de seu Luiz e o tipo de relações.

## Genograma



## Legenda de Relacionamento Familiar

-  Alcoolismo
-  Obesidad
-  Hipertensão Arterial Sistêmica
-  Hostil
-  Desorden físico o mental
-  1 Desorden físico o mental

Fazer uma adequada abordagem familiar é muito importante para desenvolver os objetivos que propomos na hora de ajudar uma família e cada um dos integrantes. Constitui uma ferramenta fundamental para poder abordar à família desde um contexto global.

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

Faz um ano aproximadamente me desempenho como profissional de saúde na USB Campo Novo. Caraterizado por ser uma unidade de saúde complexa, devido a que se inserem quatro equipes de saúde numa unidade básica e por consequência nunca o número de profissionais está completado; pelo qual sofre em algum momento do ano modificações na distribuição de consultas que oferece à população. Sempre que ocorre esta situação se faz um novo planejamento das consultas dos profissionais garantindo a continuidade nos princípios básicos da Atenção Básica encaminhadas a cobrir as demandas da população.

O principal enfoque do profissional da saúde além das dificuldades deve ser enfocado na Prevenção em saúde na qual exige ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença para tornar seu próprio progresso improvável. Implica o conhecimento epidemiológico para o controle e redução de riscos de doenças. A Promoção implica o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com as multiplex determinantes e condicionantes de saúde.

O profissional de saúde que integra a equipe de saúde no âmbito do SUS possui responsabilidade pela saúde de todos os cidadãos. Atua como educador sem abrir mão do papel da fiscalização do processo de avaliação através de um diálogo educativo para realizar promoção e prevenção das doenças na área de abrangência.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) eixo estruturante da Atenção Básica à Saúde, concebe a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e grupal, dinâmico e passível de crises, inseparável de seu contexto de relações sociais no território em que vive. A família é ao mesmo tempo, objeto e sujeito do processo de cuidado e promoção da saúde pelas equipes de saúde da família. Na ESF o vínculo entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade é concebido como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população. (Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental No. 34. 2013: p 65).

O abordagem dos casos deve ser acompanhado para atingir novamente uma estruturação familiar e assim poder cumprir com as funções básicas que exige a sociedade. Por tanto é válida as ações de prevenção e promoção na saúde trazendo consigo um maior fortalecimento no contexto psicossocial no âmbito da saúde.

Um modelo de assistência integral em saúde deve contar com o princípio de Integração entre os serviços, constituindo um sistema de referência e contra referência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo nem se sobrepondo uma à outra, não concorrendo nem competindo entre si. (Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil. Propostas de Diretrizes. 2014:p 9).

A equipe de saúde há sofrido modificações recentes na gestão atual, trazendo consigo a desapareção de alguns dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ficando desprovidos de acompanhamento com profissional especializado para atender doenças mentais. Todos os casos foram direcionados aos centros atenção primária; pacientes com doenças psiquiátricas de muito tempo e pacientes que começaram a surgir como caso novos de difícil manejo. Como alternativa momentânea foi assumido pela equipe Especializada em Saúde Mental do Adulto (ESMA) e a equipe Especializada em Saúde Mental da Criança (ESCA), mais ainda não é insuficiente, pois não cobre a demanda que existe de pacientes com doenças mentais. Para minha experiência resulta difícil o acompanhamento de casos deste tipo, devido à complexidade e multidisciplinaridade que requer. Os riscos de desenvolvimento fatal terminando em suicídios é ainda maior. Considero que os núcleos do NASF é de vital importância no nível primário.

Conseqüentemente a este reajuste decidimos fazer uma proposta discutida em conjunto com o equipe de saúde e com a coordenação do Posto de Saúde dos pacientes com doença mental, nas consultas de puericultura e atenção pré-natal, já que conformam o dia a dia.

Na Saúde Mental:

- Reestruturamos o número de consultas, sendo aumentadas na sua frequência, tomando como iniciativa que seja uma vez por mês, em concordância com o número de casos por área de abrangência, exceto os casos novos.
- Criação do Grupo de Saúde Mental com a finalidade de levar ações de promoção e prevenção de saúde mental.
- Fortalecer o vínculo da USB com as famílias dos pacientes com doenças psiquiátricas.

- Realização de atividades educativas baseadas na adesão correta ao tratamento.
- Criação dos grupos psicoterápicos conformados por ASC, enfermeiros e técnicos para oferecer apoio psicoterápico de forma grupal.
- Realização de atividades manuais e artesanais para possibilitar a renovação de receitas para os participantes que obtiverem uma frequência de duas vezes ao mês.
- Programação para Realização de Atividade física junto ao grupo de caminhada já existente na unidade de saúde.

Também foi previamente conformado e discutido junto com a equipe de saúde outros conjuntos de medidas relacionadas com as consultas de puericulturas e de atenção pré-natal além de contar com especialistas na nossa unidade básica de saúde. Desta forma facilitar o atendimento a este grupo de pacientes.

Relacionado com a Puericultura:

- Informar previamente aos usuários sobre a reestruturação no atendimento no período de afetação.
- Oferecer um maior número de consultas aos paciente com maior risco e vulnerabilidade assim como levar um registro especial deste grupo por escrito que serão levadas a cabo pelo Clínico Geral e priorizando os casos de maior risco e vulnerabilidade para o Pediatra segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde.
- Criação de grupo de risco que serão discutidos baseado no planejamento de ações e discussão das mesmas uma vez por semana na reunião de equipe.
- Exposição de dificuldades, avanços e discussão deste grupo na reunião de Equipe no final do mês. Promover a comunicação das ações de modificação no atendimento com anterioridade para evitar a desinformação e as ausências às consultas.

No âmbito de Atenção Pré-natal.

- Informar previamente às usuárias sobre a reestruturação no atendimento no período de afetação.
- Criação de Grupo de Gestantes que apresentam maior dificuldade no atendimento e assistência às consultas de atenção Pré-natal.



- Discussão de fatores de risco, que poderiam dificultar o atendimento das gestantes uma vez por semana na reunião de Equipe.
- Expor os avances, dificuldades e riscos e discutir no equipe semanalmente na reunião de equipe semanal.
- Promover a comunicação das ações de modificação no atendimento com anterioridade para evitar a desinformação e as ausências às consultas.

Considero que para elevar a qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúdes devemos desenvolver estratégias de saúde tornadas às necessidades dos pacientes garantindo a disponibilidade de recursos humanos, mesmo assim quando a necessidade não é coberta devem-se tomar estratégias dinâmicas baseadas nos princípios da atenção básica para garantir e suplementar as necessidades da população para prevenir a descontinuidade no acompanhamento pelo posto de saúde trazendo uma melhora dos indicadores de saúde em questão.

#### 4.VISITA DOMICILIAR.

A Atenção Domiciliar foi uma estratégia adaptada para ampliar o atendimento aqueles usuários com uma condição de saúde que lhe dificulta o acesso aos serviços de saúde. É definida com um conjunto de ações realizadas por equipe interdisciplinar no domicílio do usuário, família, com a finalidade de articular a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando reestabelecer a independência e manter a autonomia do paciente. Permite a humanização do atendimento. Maior rapidez na recuperação do paciente, previne eventualmente as sequelas e diminuição no risco hospitalar. Além de reduzir custo/dia para a família do paciente. Permite que as relações entre os membros da família sejam mais próxima e o paciente possa disfrutar da companhia dos familiares. Reduz o custo de internações por recidiva.

Segundo o descrito por autores na literatura brasileira esta modalidade de atendimento encontra-se bem definida suas metas e propósitos desde os inícios que foi implementado.

As mudanças das sociedades, caracterizadas por uma transição epidemiológica e uma transição demográfica, apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais adequada (eficiente e eficaz) com as necessidades de saúde resultantes desse cenário. À medida que a população envelhece e há aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, aumenta também o número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos. No entanto, com a predominância do modelo de atenção à saúde discutida neste tópico, a tendência é a medicalização da vida e do sofrimento e, com isso, da institucionalização dessas pessoas, gerando hospitalizações, por vezes, desnecessárias. (Caderno de Atenção Domiciliar, Vol. 1, Brasília DF, 2012, pág. 9).

Não só a Atenção Domiciliar deve ser posta em prática pelo profissional de saúde se não também pelo cuidador, já que joga um papel importante no que respeita a atenção domiciliar.

Definida como aquela pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. É importante que a equipe de atenção básica, ao detectar que o usuário reside só, tente resgatar a família dele. Na ausência da família, a equipe deverá

localizar pessoas da comunidade para a realização do cuidado, formando uma rede participativa no processo de cuidar. (Caderno de Atenção Domiciliar, Vol. 1, Brasília DF, 2012, pág. 24)

As atividades realizadas pelo cuidador devem ser planejadas em conjunto entre ele, a equipe e a família. Deve-se manter um constante intercâmbio entre a equipe de saúde para poder atingir o bem estar do paciente. Entre as atividades que desenvolve o cuidador temos:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
- Ajudar nos cuidados de higiene;
- Estimular e ajudar na alimentação;
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa. (BRASIL, 2008, p. 10)

Ressalta-se que muitas dessas atividades podem parecer simples para os profissionais da saúde, mas são complexas para a família que nunca as realizou. Assim, é importante que os profissionais de saúde envolvidos na atenção domiciliar orientem de modo detalhado como executar esses cuidados e supervisionem o cuidador na realização deles, para avaliar a compreensão da orientação. Assim, estaremos preservando também a saúde do cuidador. (Caderno de Atenção Domiciliar, Vol. 1, Brasília DF, 2012, pág. 83)

Na unidade de saúde onde atuo é integrada por 4 equipes de saúde da família os agentes comunitários de saúde também intervêm na atenção domiciliar junto com o resto da equipe. No caso deles estão vinculado estreitamente com o usuário na comunidade identificando aqueles que precisam da rede de apoio seja no paciente com doenças crônicas, agudas ou alguma condição de saúde que envolva a Vigilância Epidemiológica. A situação de saúde é criteriosamente discutida pela equipe de saúde, fazendo um planejamento adequado com a condição de saúde do usuário e posteriormente executada em um prazo para resolução do problema de

saúde. Outra via de acesso para iniciar a Atenção Domiciliar e pela apresentação física do cuidador ou de outro membro da família na Unidade Básica de Saúde o qual solicita a visita domiciliar e se cumpre com os critérios estabelecidos dentro dos critérios temos:

Se o paciente mora na área de abrangência. Presença do cuidador. Se a família deseja a assistência domiciliar. Estar com a condição clínica comprometida e grau de perda funcional, além de dependência para realização das atividades da vida diária.(Caderno de Atenção Domiciliar, Brasília DF , 2012 , Vol 1 ; pág 9.)

Se não existe inconveniente pois é programado com o médico, enfermeira, técnico de enfermagem, e agente comunitário de saúde correspondente uma visita domiciliar na mesma semana, sempre que se tenha a disponibilidade do profissional nessa área. A equipe entra em contato com o responsável ou cuidador que é informado com dias prévios a visita, e o horário. Uma vez lá, se realiza anamnese, exame clínico minucioso, se realiza verificação do seus sinais vitais, hemoglicoteste, se indica exames complementares, se realiza trabalho educativo baseado na promoção e prevenção de doenças relacionadas com a condição do paciente e se deixa estabelecido o plano terapêutico para o paciente. Se o paciente precisar do cuidado mais contínuo, digo, por um tempo maior, se realiza uma nova discussão, com prévia avaliação para o cuidado continuado. Temos que lembrar que todas as situações de saúde são diferentes e que se deve avaliar, planejar e executar acordo com os diferentes problemas de saúde, mais sempre tendo apoio no que está preconizado pelo Ministério de Saúde e desta forma existirá maior organização e resolução na Atenção Básica.

Recentemente fomos chamados no posto de saúde (UBS de Campo Novo) para iniciar a atenção domiciliar numa paciente de nossa área de abrangência. Trata-se de uma paciente de 95 anos de idade, fêmea, diagnosticada recente com hipertensão arterial sistêmica, desnutrição Severa (Caquexia), Acamada, em uso contínuo de medicações, veio a morar definitivamente junto com sua irmã e precisava de iniciar o acompanhamento pelo posto de saúde. A visita domiciliar foi agendada e ao chegar fomos recebidos pela cuidadora dela. Observando inicialmente as condições socioeconômicas e se cumpria com os critérios de inclusão estabelecidos para iniciar este tipo de acompanhamento já mencionados.

Após de realizar uma Anamnese procurando dados de importância percebemos que a paciente apresenta dificuldade para falar, se comunica por senhas e gestos faciais, além de que a cuidadora não estava realizando adequadamente a administração do alimento nos horários correspondentes. Se realizou exame clínico detalhado se constatou atrofia muscular de todos os grupos musculares, hipotonia muscular, ulcera extensa na região sacra e no membro inferior direito, incontinência urinária e fecal, foi realizado hemoglicoteste e medido valores pressóricos estando dentro de limites normais. Após de avaliada a condição de saúde da paciente procedemos a planejar um plano de ações acordo às condições e necessidades de saúde do paciente com o objetivo de que foram resolvidas para melhorar o estado da paciente.

A paciente foi acompanhada durante 8 meses, após deste tempo foi a morar junto a outra irmã em outra cidade. Faleceu aos quatro meses de ficar lá devido a Paro Cardiorrespiratório por Insuficiência respiratória provocado por uma Pneumonia da comunidade sem resposta ao tratamento antimicrobiano durante a internação hospitalar, todo isto associado sua condição de base.

No caso daqueles paciente que apresenta doenças agudas, encontra-se em vigilância epidemiológica ou pacientes doentes crônicos e que precisam de um acompanhamento mais perto pois o equipe discute e se planeja como abordar o caso para garantir e oferecer o acompanhamento continuo.

As maiores dificuldades encontradas por nós, quando se oferece a Atenção Domiciliar é o paciente ou o cuidador não cumpre com as indicações médicas dificultando o progresso no manejo planejado, ou quando a atenção domiciliar é interrompida pela mesma equipe de saúde, podendo ser por deficiência de profissional ou por dificuldades na comunicação bidirecional entre o cuidador e a unidade básica de saúde respectivamente. Apesar destas desvantagem a atenção domiciliar constitui uma ferramenta importante para o desenvolvimento do profissional de saúde. Permite visualizar e obter um panorama real sobre o meio onde o indivíduo está desenvolvendo, permitindo dar fonte de conhecimento para equipe de saúde e assim poder planejar com eficácia e dar resolutividade à condição de saúde. É uma forma a mais de garantir a longevidade e acessibilidade na Atenção Básica de Saúde.

## **5. REFLEXÕES CONCLUSIVAS.**

Durante o período do curso de especialização, iniciando em novembro de 2016, procurei cumprir com dedicação as responsabilidades como aluna, sempre sendo pontual nos meus trabalhos orientados, assídua às atividades propostas, atenta as orientações e mantendo contato com o tutor. Estudei as famílias complexas apresentadas, fazendo pontualmente os exercícios e fóruns orientados. Fui organizada, respeitei compromissos assumidos e cumpri prazos na realização dos objetivos, exceto quando me encontrei de férias no período de um mês na qual apresentei dificuldades com o acesso à plataforma. Demonstrei interesse pelos temas tratados, colaborei positivamente nos trabalhos da turma, expus minha opinião, respeitando os pontos de vista de meus colegas. Estudei diariamente os assuntos dados sendo capaz de colocar questões importantes e objetivas nas diferentes situações, tentei periodicamente corrigir os meus erros com apoio do tutor, fui capaz de desenvolver o meu trabalho, participei corretamente das atividades desenvolvidas, tomei iniciativa de apresentar minhas ideias. Aceitei críticas a meu trabalho e me propus à corrigi-las. Relacionei-me bem com os colegas. Fui respeitosa no meu relacionamento com o professor, considerando-lhe um excelente profissional. Respeitei as regras implementadas, fui perseverante no meu estudo, adquiri e aprofundei os meus conhecimentos além de minha atitude e formação profissional, apliquei e aplico esses conhecimentos no meu trabalho diário, relacionei os temas tratados na disciplina ao dia a dia. Aproveitei e utilizei produtivamente materiais e fontes complementares e as novas tecnologias oferecidas como instrumento de viabilização para a melhora do processo de trabalho.

O estudo dos casos complexos foi de grande utilidade para meu desempenho profissional, pois ajudara-me atualizar muitos temas, aplicar corretamente os protocolos de tratamentos, muitos deles diferentes aos do meu país. Os temas abordados foram relacionados, com as demandas de nossa população. Acho que o caso complexo Danrley foi uns dos que maior impacto teve para minha vida profissional, através dele pude conhecer o manejo clínico e terapêutico da depressão, já que os distúrbios mentais são cada vez mais frequentes nas redes de atendimento de saúde mental de Porto Alegre e, é insuficiente para absorver essa demanda, por

isso, o Médico de Família precisa ter os conhecimentos necessários para ter um o atendimento de qualidade destes pacientes.

Também os vídeos na área de ortopedia relacionados com o exame físico foram de muita utilidade já que temos muitos pacientes com doenças do aparelho osteomioarticular, as quais no princípio de começar a trabalhar na equipe, foi muito difícil seu manejo. Já que em meu país os pacientes com patologias ortopédicas são encaminhados aos especialistas para sua avaliação igualmente com pacientes com doenças mentais e pacientes com doenças infectocontagiosa importantes como Tuberculose e Síndrome de Imunodeficiência Humana / HIV.

Neste curso, também conheci as políticas públicas de saúde, aspectos éticos e legais envolvendo a atuação dos profissionais de saúde. Existe muitas coisas interessantes do SUS no Brasil, para mim inigualáveis com outros que tive a possibilidade de conhecer.

Exclusivamente faria uma sugestão com respeito ao acesso ao moddle , penso que se devem disponibilizar mais vias de acesso para poder realizar ás atividades avaliativas, já que apresentei dificuldades com o navegador para realizar as mesma duas vezes.

De forma geral, acredito que se cumpriu o objetivo proposto na formação de especialistas em Estratégia Saúde da Família pelas seguintes razões:

Em minha prática profissional durante o curso conheci a relevância social do Sistema Único de Saúde (SUS) e as necessidades técnicas da atenção à saúde da população, baseado nos seus princípios, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos da saúde. Além do acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Minha impressão quando estudei o SUS é de que o mesmo é um sistema de saúde de referência internacional, mas ainda têm dificuldades que precisam ser resolvidas.

Considero que o resultado final alcançado por cada profissional, neste curso a distância dependerá do interesse, dedicação e seriedade de cada um de nós.

## REFERÊNCIAS

Agentes de Saúde Comunitários. Fonte de Cadastro da Unidade Básica de Saúde de Campo Novo. Porto Alegre:2017, pág 1.

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica no 16. Diabetes Mellitus. Brasília DF: 2006, pág. 17.

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica no 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília DF:2006, Quadro 8, pág. 22.

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica no 16. Diabetes Mellitus. Brasília: DF: 2006, pág. 17.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental no. 34 Brasília DF:2013. pág. 65.

Associação Brasileira De Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional de Médicos, Sociedade Brasileira de Neuropsicologia. Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil. Propostas de Diretrizes: 2014, pág. 9.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar, Vol. 1, Brasília DF: 2012, pág. 9.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Caderno de Atenção Domiciliar. Vol. 1, Brasília DF: 2012, pág. 24.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar, Vol. 1, Brasília DF: 2012, pág. 83.



**Anexo. Projeto de Intervenção.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNA-SUS

ROSANA JAIME INFANTE

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE CAMPO NOVO.

PORTO ALEGRE

2017

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) constitui um problema de saúde muito frequente no Brasil. Comporta-se como o principal fator de risco na origem de doenças Cardíacas, Cérebro Vasculares e da Insuficiência Renal Crônica. A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão arterial. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil. Sua prevalência global varia entre 22,3% e 43,9% nos adultos brasileiros. Na Unidade de Campo Novo no Município Porto Alegre, a Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema de saúde com alta prevalência apresentando-se entre as principais causas de complicações maiores. O objetivo geral desse projeto é propor a realização de uma Intervenção Educativa para elevar o nível de conhecimento de pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica para reduzir o aparecimento das complicações da Hipertensão Arterial. Os resultados esperados são: diminuir as complicações causadas pela Hipertensão Arterial Sistêmica no território e que possa ser reproduzido em outras áreas de saúde elevando o nível de conhecimentos dos pacientes.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial, Intervenção, Fatores de Risco.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>28</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>30</b>
<b>3. Revisão da literatura .....</b>	<b>31</b>
<b>4. Metodologia .....</b>	<b>34</b>
<b>5. Cronograma .....</b>	<b>36</b>
<b>6. Recursos necessários .....</b>	<b>38</b>
<b>7. Resultados esperados .....</b>	<b>39</b>
<b>Referências .....</b>	<b>40</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS) constitui umas das doenças que mais afeta a população a nível o mundo. Ela forma parte das principais causas de morte no médio humano por desenvolver complicações que ajudam a formar parte de causa da morbimortalidade em muitas populações. É bem considerado um problema de saúde nas comunidades com uma incidência e prevalência existente.

O controle é essencial para diminuir a evolução das complicações, porém é muito importante desenvolver um plano de intervenção educativo para aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre os diferentes fatores de risco, além das complicações associadas, por meio de atividades de grupo, do estreito relacionamento paciente e profissionais de saúde. Uma vez que o paciente se sinta esclarecido sobre sua doença, e que se estabeleça o elo entre eles, o paciente tende a assumir a responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com o profissional. Uma das dificuldades encontradas no atendimento às pessoas hipertensas na UBS é a falta de conhecimento de adequados hábitos de estilos de vida saudáveis além da falta de adesão ao tratamento da maioria dos hipertensos atendidos, o que constitui um grande desafio para a equipe de saúde.

Na ESF Campo Novo, no Bairro Campo Novo, no município de Porto Alegre nos Estado do Rio Grande do Sul, com uma população de aproximadamente 20.000 habitantes (Fonte IBGE 2015). Essa Unidade de Saúde foi inaugurada há aproximadamente 13 anos e no ano de 2012 passou por uma reforma e ampliação da sua área física.

Na área de abrangência da ESF existem casas, apartamentos, vazios populacionais e aglomerados de famílias, como potencialidade do território dispõe de duas escolas de ensino fundamental, quatro escolas de educação infantil, igrejas católicas e evangélicas, casas de religião de origem africanas, supermercado, farmácias, academias de ginástica, praças, salão de beleza, entre outras. Em relação ao transporte público coletivo a população conta com duas linhas de ônibus e uma de lotação.

O horário de funcionamento do serviço de saúde é de segunda a sexta feira das 7h às 18h. Com a reforma da ESF em 2013 ocorreu também a ampliação da equipe, contamos atualmente com quatro equipes de saúde da família, com dois médicos de família e comunidade estrangeiros do Programa Mais Médicos para o Brasil, uma

médica ginecologista, uma pediatra, quatro enfermeiras, duas dentistas, duas auxiliares de saúde bucal, uma técnica de saúde bucal, oito técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo, um porteiro, uma auxiliar de serviços gerais e 16 ACS. A unidade conta também com o Conselho Local de Saúde, onde as reuniões ocorrem mensalmente, onde são discutidos assuntos oriundos a saúde.

O fluxo de atendimento da unidade conta com quatro agendas médicas, com demanda espontânea e agendamento semanal. A agenda de enfermagem contempla testes rápidos, programa pra nenê, hipertensos, diabéticos e acolhimento. A verificação de pressão e glicose, vacinas, curativos, dispensação de medicação ocorre em horário integral.

Em relação à movimentação de pessoas na rua observamos pouco fluxo de pessoas, a maior parte população é jovem. Temos um território de vulnerabilidade social bem significativa que foi invadido por uma população bem pobre, onde se caracteriza por um aglomerado de pessoas.

Entre os principais problemas de saúde do território destacamos: doenças respiratórias, saúde mental, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

**Problema:**

Aumento da Prevalência de pacientes hipertensos com risco de desenvolver complicações associadas.

**Justificativa:**

Na área onde encontra-se a unidade básica de saúde oferece atendimento a um total de 15000 usuários cadastrados, dos quais precisam atendimento demandado. Atualmente 6000 pacientes são diagnosticados com HAS e também requerem de atendimento e acompanhamento para prevenir as complicações derivadas desta doença.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Realizar uma Intervenção Educativa para elevar o nível de conhecimento de pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica.

### **2.2 Específicos**

- Identificar as principais causas de não adoção ao tratamento.
- Realizar um diagnóstico inicial para determinar o nível de conhecimento sobre a doença.
- Realizar ações de prevenção secundária em pacientes hipertensos com riscos de desenvolver complicações.
- Avaliar os conhecimentos adquiridos e comparar com os resultados iniciais.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo e elas foram responsáveis por milhões de óbitos ocorridos em anos anteriores, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada.

A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Dentre as DCV, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. (IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010)

Outras fontes informam sobre o comportamento da hipertensão arterial no mundo constituindo um problema de saúde global.

A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido à hipertensão arterial, segundo dados do Boletim Global de Doenças Relacionadas à Hipertensão. Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A hipertensão arterial é responsável, segundo o documento, por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais. (World Heart Organization; 2011).

Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%. Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5% (Cesarino CB; Cipullo, 2008) (Rosario TM, Scala LCNS, 2009).

“No Brasil, a hipertensão afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para as doenças Cérebro Vasculares. (Rosário TM, Scala LCNS, 2009)”

Mas a percepção da população é outra.

Dados da pesquisa Datafolha, de novembro de 2009, revelam a percepção errônea, na população, de que o câncer é a principal causa de óbitos no Brasil. Quanto à prevenção de doenças, a mesma pesquisa revela que, embora 90% identifiquem os fatores de risco (hipertensão, tabagismo, colesterol e estresse), apenas 3% temem sofrer uma DCV. (IV Diretrizes Brasileiras de hipertensão Arterial, 2010).

Em Porto Alegre a prevalência da HAS é de 26%, sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares(DCV), que são a maior causa de mortalidade no Brasil (27%) e no mundo ocidental. No que se refere à adesão ao tratamento, as indicações para o controle da hipertensão consideram que o paciente tem compromisso com o seu próprio tratamento e pelas alterações no estilo de vida.

A adesão exige que o paciente seja ativo e coopere com os profissionais de saúde nas adaptações dos objetivos para o seu tratamento e no significado dos métodos pelos quais esses objetivos serão alcançados. Os pacientes devem modificar seu estilo de vida e tomar os medicamentos que foram receitados. Se o paciente apresentar alguns dos sintomas causados pela hipertensão ou se sentir pior ele deve procurar o profissional médico. O resultado do tratamento deve ser analisado e novos objetivos devem ser estabelecidos quando necessário. Desta forma, o tratamento deve fazer parte da vida do hipertenso(Rebolho,2002).

Outros autores também falam sobre o abordagem do tratamento e importância de adoção ao tratamento medicamentoso assim como o tratamento não farmacológico.

Muitas variáveis devem ser consideradas no mau controle pressórico, mas certamente a adesão do paciente às necessárias mudanças no estilo de vida e ao tratamento farmacológico é fator inegável, tendo merecido ampla abordagem por especialistas. Pode-se afirmar que a adesão representa o ponto crucial em busca da melhora dos baixos índices de controle da pressão arterial (PA), requerendo múltiplas estratégias para atingir este objetivo. Estão entre fatores decisivos para um bom controle pressórico: a proximidade na relação médico-paciente; a educação continuada para médicos e pacientes sobre a doença e suas consequências; o estabelecimento de programas governamentais de diagnóstico, acompanhamento e fornecimento de medicação; o uso de drogas eficazes, com comodidade posológica e poucos efeitos colaterais, entre outros (Rodriguez,2004).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia são modificações de estilo de vida de comprovado valor na redução da pressão arterial: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a atividade física regular(Brasil, 2002).

O que acontece com os alimentos ricos em cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda a série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da pressão arterial. A ingestão de magnésio, de derivados



do ácido ecosanóico e aumento da ingestão de proteínas entre outros, não possuem até o momento evidências de valor comprovado, que indiquem sua utilização.

“A interrupção do fumo não interfere diretamente sobre a redução da pressão, no entanto trata-se de importante fator de risco cardiovascular e deve ser incentivada (Brasil, 2002).”

“No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das graves situações de saúde, tanto no que diz respeito à alta prevalência como por suas elevadas porcentagens de morbimortalidade(Fajardo,2006).”

É uma doença que afeta o aparelho circulatório, influenciando na qualidade de vida dos portadores desta patologia e de seus familiares. Sendo assim, medidas que permitam a sua prevenção e o seu controle devem ser implantadas, como por exemplo, o tratamento não farmacológico.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso (Caderno de Atenção Básica, Hipertensão Arterial,2006).

Em uma situação um pouco mais complexa, é importante lembrar que um número importante de pacientes hipertensos também apresenta outras morbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gestão das ações terapêuticas imprescindíveis para o controle de condições crônicas, cujo tratamento implica perseverança, motivação e educação continua.

#### 4.METODOLOGIA

Será realizado um projeto de intervenção educativa, baseada na prática da Atenção Básica onde trabalha-se sobre os conhecimentos dos pacientes hipertensos sobre hipertensão arterial através do programa educativo a partir de uma identificação de necessidades de aprendizagem dos pacientes pertencentes a Unidade Básica de Saúde de Campo Novo do município Porto Alegre no Estado Rio Grande do Sul.

Antes da aplicação do questionário será confeccionado o consentimento informando aos pacientes que formaram parte de um estudo que será lido e explicado antes de participar de forma absolutamente voluntária, será explicado o objetivo da investigação e seu caráter inócuo. O equipe serão conformado por: 2 médico, 2 Técnico de Enfermagem, 2 Agente de Saúde Comunitário e 2 enfermeiras.

**O primer momento:** Constara da apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde com a finalidade de conhecer os objetivos do projeto, metodologia e resultados a esperados. Deve-se organizar com a coordenação da Unidade Básica de Saúde(USB). Com posterior aceitação do equipe serão dadas a conhecer o cronograma das atividades e prazos correspondentes.

**O segundo momento:** Constara de organização dos grupos dividendo ao número dos pacientes, liderado pelos equipes conformados para realizar o número de encontros dos pacientes como explica o cronograma.

**O terceiro momento:** Vai ser conformado pela aplicação de um questionário inicial para identificar as necessidades de aprendizagem sobre hipertensão arterial; desenhada tendo em conta a revisão bibliográfica e os objetivos da investigação, com um total de oito perguntas realizadas de maneira compreensível para este grupo de pacientes. (Anexo 1) Inclui avaliação do nível de conhecimento registrado no questionário aplicado e dar a conhecer os resultados coletivamente.

**O quarto momento:** Durante este momento serão realizada a intervenção com os grupos de pacientes, para deste forma lograr maior efetividade no propósito que se quer alcançar. Serão realizadas palestras educativas com o Programa Educativo (Anexo 2) proposto em 3 atividades com uma duração de 2 horas por cada encontro uma vez ao mês.

**O quinto momento:** Ao concluir o programa aplica-se novamente o questionário para determinar os conhecimentos adquiridos.

**O sexto momento:** Deste modo fazer uma comparação com os resultados iniciais e avaliar a efetividade das técnicas empeladas, assim como dar a conhecer os resultados.

Os dados serão processados e computadorizados, os resultados ficaram expressados em textos e tabelas, para o melhor compreensão.

## 5. CRONOGRAMA

<b>AÇÕES</b>	<b>Jul/17</b>	<b>Ago/17</b>	<b>Set/17</b>	<b>Out/17</b>	<b>Nov/17</b>	<b>Dez/17</b>
Apresentação do Projeto de Intervenção para dar a finalidade do projeto.	X					
Formação de grupos e distribuir o número do encontros dos pacientes	X					
Aplicação do questionário para identificação das necessidades de aprendizagem.		X				
Realização de Palestras Educativas com o Programa Educativo Proposto			X	X		
Aplicação do questionário.					X	

Comparação dos resultados e avaliação dos resultados obtidos.						X
---	--	--	--	--	--	---

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Para realização e execução do trabalho os recursos humanos serão os profissionais que fazem parte de equipe de saúde composta por 2 agentes comunitários da Saúde, 2 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiras e 2 médicos.

### **6.2 Recursos Materiais.**

- Computador.
- Ficha Família.
- Ficha individual.
- Folha A4.
- Impressora.
- Caderno da Atenção Básica de Hipertensão Arterial.
- Canetas.
- Sala.
- Cadeiras.
- Recursos audiovisuais.
- Folhetos educativos.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Com a intervenção deste projeto espera-se promover a educação do paciente para o conhecimento dos fatores de risco e das complicações da HAS. Espera-se controlar pelo menos mais dos 90% dos pacientes com HAS que são atendidos pelo posto de saúde. Atingir mais de 50 % dos pacientes cadastrados tenham disponibilidade para participar de todas as atividades desenvolvidas. Aumentar a adesão ao tratamento em 70% e o controle da doença em 80% dos pacientes. Desenvolver uma programação educativa de palestras e atividades planejadas para elevar o conhecimento da doença e as complicações associadas. Pretenda-se diminuir em 70% o número de pacientes com complicações associadas a HAS. Avaliar os resultados que serão obtidos. Sabe-se que o desenvolvimento das complicações multiplex requereram uma maior atenção aos pacientes, pelo que pode ser decisivo na pratica para os profissionais da saúde que atuam em uma comunidade.

## REFERÊNCIAS

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial , Volumem17 , Número 1, Janeiro , Marco 2010 , Capitulo 1, pág. 2.

World Health Organization (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.

Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Cardiol. 2008;91(1):31-5.

Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Cardiol 2009;93(6):672-8.

REBOLHO, A. Atenção farmacêutica ao paciente hipertenso: uma abordagem na adesão ao tratamento. Revista Infarma, v.14, n. 11/12, 2002.

RODRIGUES, C.I.S. et al. Hipertensão arterial refratária: uma visão geral. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 11, n. 4, p. 218-22, out./dez., 2004. BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 4 (IV DBHA). Campos do Jordão, 2002.

FAJARDO, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Médica da Família e Comunidade. Rio de Janeiro, v.1, n. 4, jan./ mar. 2006.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. No 15. Brasília DF. 2006 .Pág. 9.



## ANEXOS

### Anexo.1

#### Questionário:

O presente questionário é de caráter anônimo, seu objetivo é identificar os conhecimentos que você tenha sobre hipertensão arterial. Valoramos sua cooperação y sinceridade que serão de muita utilidade para o desenvolvimento do trabalho.

1. Consecutivo \_\_\_\_\_

2. Idade:\_\_\_\_\_

2.1- de 60 a 64 \_\_\_\_\_

2.2- de 65 a 69 \_\_\_\_\_

2.3- de 70 a 74 \_\_\_\_\_

3.Historico Familiais sobre Hipertensão Arterial:

5.1- Sim \_\_\_\_\_

5.2- Não \_\_\_\_\_

4. Das seguintes afirmações sinale, verdadeiro (V) ou falso (F).

4.1 \_\_\_\_\_ Os pacientes hipertensos não devem temperar os alimentos já que eles contem sal suficiente.

4.2 \_\_\_\_\_ As frutas não são de muita importância na dieta dos pacientes em questão.

4.3 \_\_\_\_\_ A redução de peso corporal até valores óptimos tendo em conta comprimento e peso corporal, isto deve diminuir a pressão arterial.

4.4 \_\_\_\_\_ O incremento da atividade física não reporta nenhum benefício a saúde.

4.5 \_\_\_\_\_A redução da ingestão de álcool e o hábito de fumar ajudam ao controle das cifras de tensão arterial.

4.6 \_\_\_\_\_ Com as situações onde existe tensão emocional, as mesmas ajudam a diminuir os sintomas.

5. Sinale com uma X, segundo critério de você se conhece ou não sobre o tratamento não farmacológico em um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica.

5.1 \_\_\_ Sim.

5.2 \_\_\_ Não.

## **Anexo 2**

### **Programa Educativo.**

Objetivo General:

Incrementar o nível de conhecimentos sobre HTA dos pacientes com a doença em ESF de saúde de Campo Novo.

Objetivos específicos:

1. Definir Hipertensão Arterial Sistêmica e sua situação atual.
2. Explicar os aspectos epidemiológicos importantes desta doença.
3. Identificar fatores de risco para desenvolver complicações.
4. Orientar sobre a prevenção dos fatores de risco e tratamento na Hipertensão Arterial Sistêmica.

Atividade # 1

Tema: Generalidades.

Tempo: 2 horas.

Objetivo: Definir HAS e situação atual na área de abrangência.

Técnica incluída: Palestra Educativa.

## Atividade # 2

Tema: Conhecendo sobre HAS

Tempo: 2 horas.

Objetivos: Conhecer aspectos epidemiológicos sobre HAS.

Técnica: Exposição de material audiovisual.

## Atividade # 3

Tema: Fatores de risco.

Tempo: 2 horas.

Objetivo: Identificar fatores de risco.

Técnica:

Exposição das ideias dos pacientes.

## Atividade # 4.

Tema: Medidas de prevenção.

Tempo: 2 horas.

Objetivo: Orientar sobre a prevenção dos fatores de risco e tratamento.

Técnica: Palestra educativa.

**Anexo 3.**

Consentimento informado:

Eu \_\_\_\_\_ com Carteira de Identidade  
\_\_\_\_\_ declaro e concordo com formar parte do estudo sobre  
Hipertensão Arterial Sistêmica realizado pelo Equipe de saúde ESF de Campo  
Novo. Porto Alegre. Rio Grande do Sul.

Data: \_\_/\_\_/\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_