

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS.**

RODOBALDO DUENAS RODRIGUEZ

PORTFÓLIO FINAL

**Educação como estratégia para a mudança do cuidado dos participantes de
um grupo de hipertensos idosos na estratégia de saúde da família Pastor
“Jerry Resende”**

**RIO MARIA – PA
2018**

Rodobaldo Duenas Rodriguez

PORTFÓLIO FINAL

Educação como estratégia para a mudança do cuidado dos participantes de um grupo de hipertensos idosos na estratégia de saúde da família Pastor “Jerry Resende”.

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

Orientador: Dr. Luiz Farias de Lima Neto

RIO MARIA - PA

2018

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	6
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	13
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	17
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	20
6. REFERÊNCIAS.....	22
7. ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	23

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Rodobaldo Duenas Rodrigues sou médico formado no Instituto de Ciências Médicas de Villa Clara – Cuba em 21 de julho de 1991. Comecei o trabalho como médico da família em diferentes modalidades até a atualidade e terminei a especialização em Medicina Geral Integral no ano 1996. Trabalhei no programa Bairro Adentro na República Bolivariana da Venezuela desde o ano 2003 até 2006 e na República de Gambia em África no período de setembro de 2009 até fevereiro de 2012 onde fui fundador do programa de formação de Médicos nas Comunidades.

Trabalho no projeto Mais Médico do Brasil desde julho de 2016, atuando como médico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Pastor Jerry Resende, bairro Vila Nova no município Rio Maria do Estado do Pará. Comecei o atual curso de especialização em Saúde da Família UNASUS/UFCSPA em novembro de 2016.

A ESF Pastor Jerry Resende abrange uma população de 3.163 usuários, com 976 famílias cadastradas. Cada família possui renda média de um salário mínimo. O bairro é composto por área urbana e rural, sendo a primeira predominante, com a maioria das casas de alvenaria. O abastecimento de água para as casas é feito pela rede pública em 50% dos casos, sendo cisterna 35% e carro pipa de 15% dos casos. O esgoto é depositado em fossas sépticas na maioria das casas e a coleta do lixo é diária. Cerca de 70% do setor é pavimentado.

O setor consta com uma escola municipal de ensino fundamental, uma creche municipal e um particular. Para o lazer da população existem duas quadras esportivas e uma danceteria privada onde são realizadas festas noturnas esporadicamente. Quanto à religião, a maioria da população se denomina católica, sendo que o setor possui cinco igrejas de diversas religiões.

A ESF conta com uma equipe de saúde formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, uma odontóloga e uma auxiliar de saúde bucal. A equipe multidisciplinar atende uma média de 35 a 40 pacientes por dia. As doenças e situações mais atendidas na referida ESF são a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças respiratórias infecciosas, infecções urinárias, situação de gravidez na adolescência, infecções da pele, saúde mental e infecções vaginal.

O tema escolhido para o projeto de intervenção foi: “Educação como estratégia para a mudança no cuidado dos participantes de um grupo de hipertensos idosos na estratégia de saúde da família pastor Jerry Resende” (ver anexo I). Motivado pela falta de conhecimento dos pacientes de mais de 60 anos sobre sua doença, mesmo a Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS estando presente em 46% do total de pessoas desta faixa etária. A proposta do projeto de intervenção é fornecer informações referentes à HAS mediante ações de promoção da saúde aos pacientes e seus cuidadores com o objetivo de melhorar seus conhecimentos sobre esta doença e conseqüentemente melhorando o seu controle, diminuindo suas complicações ou agravos a médio e longo prazo.

2. ESTUDO DO CASO CLÍNICO

Trata-se de uma família disfuncional. O senhor A.T é um paciente do sexo masculino com 68 anos de idade, analfabeto, aposentado, com antecedentes pessoais de HAS há 18 anos controlada, obesidade, alcoolismo e com situações de estresse frequente em casa. Refere tratamento farmacológico de Losartana (50mg) 1 comprimido a cada 12 horas, Hidroclorotiazida (25mg) 1 comprimido pela manhã e sinvastatina(40 mg) 1 comprimido a noite. Além disso, é fumante e não pratica nenhuma atividade física, levando uma vida sedentária. Tem maus hábitos alimentares e tem histórico de relacionamento violento ocasional com sua esposa por causa do abuso de álcool.

Quanto ao Exame Físico: Seu peso é: 98 kg, altura: 1.65cm para um índice de massa corporal de 36 Kg m² com avaliação nutricional de obesidade moderada. Mucosas úmidas e coradas, pele normal, aparelho respiratório e cardiovascular normal, frequência respiratória: 20 rpm e batimento cardíaco 72 bpm, PA 130x90mmHg, abdome normal sem massas palpáveis, ausência edemas e varizes, apresentando hálito etílico. Foram indicados exames complementares de rotina, Eletrocardiograma e Raios X de tórax e orientações para mudanças do estilo de vida como abandonar o consumo de álcool e fumo, desenvolver hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física periódica para diminuição do peso corporal, além de melhorar à adesão ao tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida

A paciente C.G.T, esposa do senhor A.T que preocupada com seu problema de alcoolismo o trouxe para consulta. Duas vezes por semana desempenha atividades domésticas para ajudar na economia da casa, tem 65 anos de idade, é Diabética tipo 2 há 8 anos, tem Osteoartrite, faz o tratamento farmacológico com Glibenclamida de 5 mg, um comprimido antes do café e outro antes do jantar e mais Metformina de 850 mg um comprimido após o almoço e outro após o jantar, tomando anti-inflamatórios as vezes quando apresenta dores fortes, apresenta dificuldades para adesão ao tratamento não farmacológico devido problemas econômicos e limitações para se locomover devido a dores articulares. Vai à ESF a cada três meses para renovar suas receitas como também de seu esposo. Recentemente apresentou o HGT em jejum aferido no posto de saúde em 146 mg/dl e ao exame físico um peso de 64 kg, uma altura de 157cm para um IMC de 25,96 kg

m² , avaliado como excesso de peso de 2,38 kg. Não apresenta lesões na pele, ou pés, nega perda progressiva e rápida da visão. A falta de aparelho na Unidade impossibilitou o exame de fundo de olho. Foram indicados exames complementares de rotina para esta doença, como também encaminhada para atendimento odontológico.

Além do casal, moram na mesma residência o filho caçula com 25 anos de idade, trabalhador rural e sua esposa, com 21 anos de idade com ocupação do lar, ambos negam algum tipo de doença. Devido ao sério problema de alcoolismo e demais patologias do paciente acompanhado foram necessários à realização de visitas domiciliares mais frequentes pela equipe de saúde da família. As informações obtidas são levadas à equipe multidisciplinar com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF para que se amplie o acompanhamento para psicológico e nutricional objetivando melhorar a qualidade de vida da família. Onde é elaborado um plano terapêutico singular de ações para melhoria da qualidade de vida da família.

Quadro 1 - Plano de ação Família Filho.

Problemas	Soluções	Metas	Responsável
Paciente hipertenso, com obesidade, fumante, com sedentarismo e alcoolismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar o cadastro da paciente com as doenças atuais. Assim como preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde desta; • Realizar visitas domiciliares periódicas em conjunto com o NASF para fazer abordagem familiar encorajando a parar de fumar e beber álcool ao senhor Antônio Teixeira; • Realização de exames para avaliar dano de órgãos alvo e situações de riscos associadas; • Encaminhamento a nutricionista para tratar ajudar a diminuir o peso corporal; • Consultas especializadas o psicologista e psiquiatria. Agendar 	Curto a médio prazo.	ESF e NASF.

	visita domiciliar com fisioterapeuta e realizar terapia grupal e familiar.		
Paciente com Diabetes Mellitus, sintomas de depressão e Osteoartrite.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas domiciliares periódicas em conjunto com o NASF para fazer abordagem familiar; • Realização de exames para avaliar dano de órgãos alvo e situações de riscos associadas; • Encaminhamento para a nutricionista para melhorar os hábitos alimentares; • Agendar visita domiciliar com fisioterapeuta; • Fazer dinâmica familiar com psicóloga se for necessário. 	Curto Prazo	ESF e NASF.
Paciente trabalhador agrícola	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar visita domiciliar e consultas, atualizar o cartão vacinal; • Realizar exames laboratoriais se necessário; • Orientar acerca dos acidentes de trabalho e o uso dos meios de proteção. 	Curto Prazo	ESF.
Família disfuncional com crises.	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer dinâmica familiar com psicóloga e psiquiatra se for necessário. 	Curto e médio prazo	ESF e NASF
Pacientes sem ocupações laborais	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer atividades educativas em conjunto, orientar sobre as atividades de lazer e trabalhos manuais. 	Curto Prazo	ESF.
Buscar ajuda no Centro de assistência social e instituições de ajuda do município.	<ul style="list-style-type: none"> • Buscar a integração com instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias. 	Permanente	ESF.
Treinamento da equipe de	<ul style="list-style-type: none"> • Educação e treinamento da equipe sobre esta família e as ações a fazer 	Curto e médio prazo	ESF.

forma integral sobre estes temas e doenças.	para melhorar a qualidade de vida deles.		
Explicar cuidado, complicações ou sinais de alarme das doenças crônicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Palestras e atividades com a família e a comunidade; • Encaminhar, quando necessário a serviços de referências de média e alta complexidade. 	Longo prazo	ESF.
Garantir atenção odontológica de todos os membros da família.	<ul style="list-style-type: none"> • Agendar consulta odontológica para os membros da família que precisem. 	Curto prazo	ESF.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Depois de duas semanas, o casal acompanhado, volta a consulta relatos satisfatório quanto ao acompanhamento psicológico nos grupos de terapia cognitiva compartimentar e o psiquiatra do NASF, iniciando tratamento para o alcoolismo e fumo com terapia comportamental cognitiva em grupo e individual, está tomando Diazepam para os sintomas de abstinência alcoólica esta fazendo tratamento combinado de cloridrato de Bupropiona 300 mg diários mais terapia de reposição da nicotina com tabletes de nicotina. Trouxe alguns dos exames indicados e outros ficam pendentes por agendamento como o ECG para o Hospital Regional de Referência do município o Raio-X de tórax porque o aparelho do hospital esta com problemas.

Resultado dos exames realizado pelo senhor Antônio Teixeira: hemograma completo: Hemoglobina 13,9 g%, hematócrito 50 %, leucócitos totais 9,000 mm³ com predomínio dos segmentados no diferencial, contagem de plaquetas 210,000 mm³, PCR inferior de 6 mg/dl, colesterol total 289 mg/dl, triglicérides 207 mg/dl, creatinina 1mg/dl, ureia 34 mg/dl, ácido úrico 5,2 mg/dl, glicose de jejum 98 mg/dl, TGO 33 IU, TGP 27 IU, Urina tipo 1 negativa, PSA não reagente e no ultrassom de

abdome total apresenta Esteatose Hepática grau 2. O positivo ao exame físico o peso de 97,5 kg (perdeu 0,5 kg em duas semanas).

Os exames da paciente Cecília das Graças Teixeira foram como segue: hemograma completo dentro dos parâmetros de normalidade, hemoglobina 12,5 g%, hematócrito 39 %, PCR < 6 mg/dl, leucócitos 5,600 mm³ com diferencial normal, glicemia de jejum 129 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, ureia 32 mg/dl, ácido úrico 5,2 mg/dl, colesterol total 210 mg/dl, triglicerídeos 187mg/dl, urina tipo 1 sem proteínas, leucócitos 5 p/campo, hemácias 2 p/c cilindros ausentes, faltando á hemoglobina glicada por não oferecer o laboratório municipal e a mamografia de rastreamento pendente em agendamento. Os resultados mostraram melhor controle glicêmico, não apareceram sinais de dano de órgãos alvos, com níveis de colesterol total e triglicerídeos elevados para pacientes com risco cardiovascular, comentando que esta assistindo às consultas de nutrição e começo a ter mais atenção na dieta e esta fazendo junto a seu esposo andadas três vezes por semana.

Traçou-se plano terapêutico para que ambos continuem acompanhados pela nutricionista que começou a vir ao posto para ajudar com as recomendações nutricionais para que os casais idosos com doenças crônicas tivessem perda de peso sem afetar as necessidades de nutrientes, recomenda-se que os casais continuem o tratamento com sinvastatina 40mg á noite de uso continuo pelo risco cardiovascular e os níveis altos de colesterol e triglicerídeos, continuar com boa adesão ao tratamento das doenças crônicas. O paciente é incentivado a continuar o tratamento contra o tabagismo e alcoolismo, foi acentuada a importância de parar com o consumo do álcool já que o mesmo apresenta Esteatose Hepática, outro estímulo é quanto à continuidade do acompanhamento no Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF) e pela consulta de psiquiatra, além de tratamento contínuo na Estratégia de Saúde da Família(ESF). Programa-se consultas a cada três meses na ESF, para avaliação da perda de peso e o perfil lipídico do casal.

Programou-se acompanhamento em um mês com visitas domiciliares onde foram avaliados aspectos das relações interpessoais entre os membros da família, os que tiveram melhoria, influenciado, sobretudo pela abstinência do paciente Antônio Teixeira, com melhoria da adesão ao tratamento do casal, maior cooperação nas tarefas domésticas de seus membros diminuindo a carga para a senhora Cecília das Graças Teixeira, com bom acompanhamento pela psicóloga e psiquiatra do

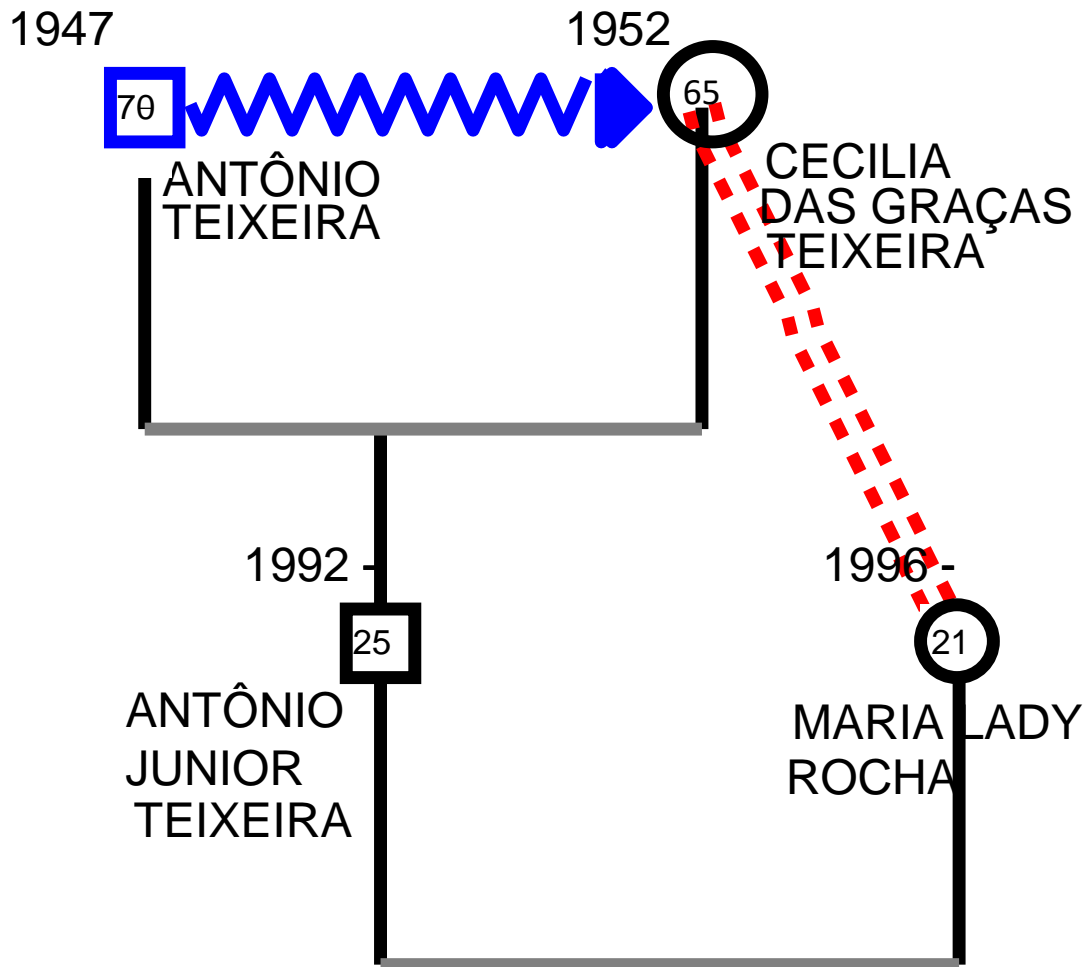
NASF no tratamento do tabagismo e o alcoolismo do paciente Antônio Teixeira. Quem às vezes é levado às consultas por seu filho é a nora. No momento da visita domiciliar o filho do senhor Antônio Teixeira estava no serviço e a nora estava em casa, participando positivamente prestando atenção às orientações que foram dadas.

Após três meses da abordagem familiar integral e aplicação do plano de ações com esta família, em conjunto com a equipe de saúde da ESF e o NASF, logramos melhorar muito a vida desta família, percebe-se maior cuidado do paciente com sua aparência, aumento na prática da atividade física, como caminhadas três vezes na semana e boa adesão ao tratamento para doenças crônicas. O mesmo teve uma perda de 5 kg do peso corporal, além de apresentar melhoria na qualidade de vida. A senhora Cecília relata fazer caminhadas lentas quando não tem dor e exercícios de alongamento em casa todos os dias, afirma melhor convivência familiar e muito contente com o trabalho realizado pela equipe. Na consulta são indicados os exames para avaliar a química sanguínea e o perfil lipídico de ambos.

Após uma semana os exames do casal apresentaram melhoria nos níveis de colesterol e triglicérides de ambos, embora não muito significativo. Os níveis de glicemia de dona Cecília continuaram dentro dos parâmetros normais. Porém continua-se com as recomendações, de manterem-se ao tratamento e acompanhamento pelo NASF. No caso de Antônio continua-se em acompanhamento psicológico e tratamento medicamentoso para o tabagismo com psiquiatra. É orientado retorno em três meses. Os controles na unidade para as doenças crônicas continuaram a cada três meses.

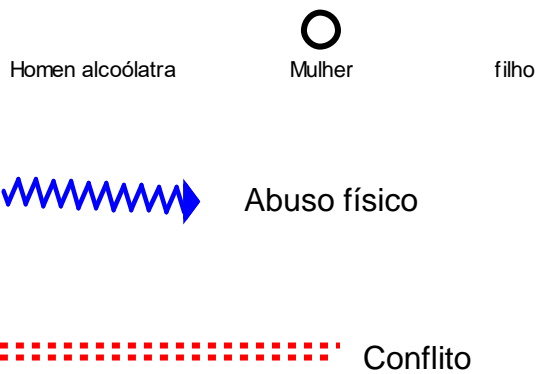
Nota: os nomes usados nesta atividade são fictícios.

Figura I - Genograma da família Texeira.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda:



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Promover tem o significado de dar impulso a fomentar, originar, gerar, promoção de saúde, define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar geral. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente dos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.

A promoção de saúde é o processo que permite as pessoas aumentar o controle e melhorar sua saúde, representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública.

No momento em que foi feita a análise da situação de saúde da comunidade na qual estou inserido, foi identificado um alto índice de pacientes com doenças crônicas como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, assim como a prevalência de consumo excessivo de ansiolítico e antidepressivo, além do problema da gravidez na adolescência e suas consequências, como baixa assistência ao pré-natal e à puericultura de zero a dois anos, e baixos índices de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade do bebê.

O presente estudo demonstra que o estilo de vida das pessoas não é bom e condiciona a maioria das problemáticas antes mencionadas, por enquanto acredita-se que os trabalhos devem contribuir com a melhoria da qualidade de vida, diminuir a ansiedade a qual tem repercussão orgânica causando um aumento da pressão arterial nas pessoas com predisposição genética. Também os quadros de ansiedade podem levar a aumentar o apetite das pessoas provocando obesidade com aumento do perímetro abdominal, hipertrofia das células adiposas e resistência a insulina causando Diabetes Mellitus em pessoas com predisposição genética.

A equipe de saúde buscou estratégias para modificar essa condição e assim diminuir a incidência e melhorar o controle destas patologias e dos problemas encontrados, realizaram-se ações de promoção e prevenção de saúde, maior

interação com os membros do NASF como o nutricionista, o psicólogo, o fisioterapeuta, o educador físico e assim poder programar as ações de saúde de prevenção dos agravos da hipertensão arterial, sobre tudo em as faixas etárias de mais de 60 anos, uma das doenças com maior incidência na referida população, causa de estudo de desta intervenção.

Como medidas de educação, prevenção de doenças e promoção de saúde realizada podem reduzir os agravos das doenças crônicas:

- Promover a importância de manter o peso na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal o qual deve ser conseguido mediante dieta hipocalórica balanceada, uma alimentação saudável rica em verduras e frutas e incentivos a prática regular de atividade física.
- Redução ou abandono da ingestão de álcool encorajando as pessoas nestas situações com ajuda matricial sempre que seja necessário.
- Utilização de medicina natural e tradicional para diminuir ansiedades em forma de chá, tal como de passiflora, Hortelã, camomila.
- Modificação de outros fatores de risco como: tabagismo, dislipidemias e estresse.
- Incorporar mais paciente ao grupo de tabagista criado na unidade, com a ajuda psicológica e medicação gratuita, garantindo a continuidade no tratamento e encorajando a o não abandono do mesmo.
- Acercar os profissionais do NASF a nossa estratégia de saúde para garantir e estimular a participação nos grupos criados de hipertensos, de diabéticos, e de saúde mental.
- Aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso mediante a supervisão continuada em consultas e nas visitas domiciliais realizadas pelas agentes de saúde.
- Dar continuidade aos cursos de superação das agentes comunitários da saúde para melhorar a qualidades no acompanhamento das doenças crônicas e o trabalho em equipe.

Atividades educativas de promoção de saúde e prevenção de doenças realizadas no pré-natal e á puericultura:

- Criação do grupo da mãe e do filho.

- Reativar a consulta de planejamento familiar, incentivando o papel da família, os serviços de saúde e a escola no difícil trabalho para a redução da gravidez na adolescência.
- Aumentar o trabalho da equipe para garantir o começo de pré-natal o mais cedo possível, diminuir a ausência ao pré-natal e oferecer o maior número de exames gratuitos por parte das instituições de saúde.
- Promover o aleitamento materno exclusivo até os primeiro seis meses de vida e complementar até os dois anos, enfatizando as vantagens para o bebê, a mãe o pai e a família desde a consulta do pré-natal, parto e pós-parto com maior participação da nossa equipe, a família e a comunidade para prevenir doenças nas primeiras etapas da vida das crianças, diminuir a incidência de câncer de mama e diminuir os gastos para a família e para as instituições provocados pelo desmame precoce.
- Incentivar as mães e familiares a trazer as crianças para consultas de puericultura e a fazer o teste de pezinho no tempo ideal, além que conscientizar na importância da avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças e de cumprir com os esquemas de vacinação desenhados pelo Ministério da Saúde.

As avaliações do desenvolvimento infantil devem sempre levar em consideração as informações e opiniões dos pais e da escola sobre a criança (FLAVELL, 1996; OPAS, 2005).

Recomenda-se procurar ouvir, informar e discutir assuntos que dizem respeito às habilidades desenvolvidas e à maneira como a criança as explora, relacionando-as aos riscos de lesões não intencionais e às medidas para a sua prevenção (BARROS, 2008).

Promover o aleitamento materno enfatizando nas vantagens para o bebê, à mãe o pai e a família, demonstrando que a amamentação supre todas as necessidades dos primeiros meses de vida, para o bebê crescer e se desenvolver sadio, explicar como o leite materno dá proteção contra infecções e alergias, conscientizar sobre os riscos de uso da mamadeira e chupeta para o bebê e como pode atrapalhar na qualidade do aleitamento materno exclusivo, promover para que a mãe conheça todo sobre posicionamento e a pega correta, ajudar a mãe enfrentar os mitos e tabus que prejudicam a amamentação, dar a conhecer as legislações que protegem a amamentação, envolver a toda a família no acompanhamento de pré-

natal, até o parto e pós-parto para encorajar e incentivar a mãe a amamentar e ajudar nos cuidados da casa e dos outros filhos se for o caso.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE EM DOMICÍLIO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define assistência domiciliar como "a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a função e a saúde das pessoas em um nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Os serviços de assistência domiciliar podem ser classificados como preventivos, terapêuticos, reabilitadores, de acompanhamento por longo tempo e de cuidados paliativos".

A Assistência Domiciliar (AD) está ligada a todo e qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde. Não leva em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento, que pode ser uma orientação simples até um suporte ventilatório invasivo domiciliar.

O Atendimento Domiciliar é a categoria diretamente relacionada à atuação profissional no domicílio, que pode ser operacionalizada por meio da visita e da internação domiciliar. Envolve atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde das pessoas e seus familiares no contexto de suas residências. Abrange ou não cuidados multiprofissionais e pode ser semelhante a um consultório em casa. Alguns autores o relacionam a uma atenção mais pontual e temporária, ligada a situações agudas.

A Visita Domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

A Internação Domiciliar é uma categoria mais específica, que envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada situação. Não substitui a internação hospitalar, mas pode se constituir como uma continuidade dessas, de forma temporária.

É importante ressaltar o conceito de acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar. O primeiro diz respeito ao cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com a equipe. Exemplos são pessoas portadoras de doenças crônicas que apresentem dependência física; paciente em fase terminal; idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos; egressos do hospital que necessitem de acompanhamento por alguma condição que os incapacite a comparecer na Unidade de Saúde da Família (USF);

pessoas com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, os quais determinem dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da USF.

A Vigilância Domiciliar é decorrente do comparecimento de um integrante da equipe até o domicílio para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a USF desenvolve. Exemplos são visitas a puérperas, busca de recém-nascidos, busca ativa dos programas de prioridades, abordagem familiar para diagnóstico e tratamento.

O reconhecimento de o ambiente domiciliar e da singularidade de uma situação familiar subsidia intervenções possíveis e mais reais voltadas às necessidades específicas da pessoa e da família. O domicílio é um cenário onde as relações sociais se evidenciam, e a percepção dessas relações traz elementos que podem fortalecer o potencial de saúde ou mesmo contribuir para o processo de adoecimento.

Assim como existe a pessoa que necessita de cuidados domiciliares de forma temporária ou permanente, há também o cuidador temporário e o permanente. O cuidador pode ser formal, contratado e remunerado para exercer tal função ou podem ser informais, quando emerge das relações, interpessoais que se constroem no cotidiano familiar e social. É eleito pela família e normalmente tem pouca ou nenhuma experiência em cuidar de pessoas doentes, mas tem algum poder decisório.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) Pastor Jerry Resende tem um número elevado de pacientes de mais de 60 anos com doenças crônicas, muitos deles por diferentes motivos necessitam de assistência domiciliar, sendo a hipertensão arterial sistêmica o problema de saúde mais frequente nesta faixa etária. A equipe faz as visitas do atendimento domiciliar programadas na tarde da quarta feira depois de discussão com agentes de saúde nas reuniões da equipe semanais na seguinte ordem de prioridades:

- 1º Pacientes com doenças agudas ou descompensação e doenças crônicas que têm dificuldades de deslocação e que geralmente se fazem no dia da solicitação em dependência da urgência do cada caso.
- 2º Pacientes acamados, pacientes com incapacidade funcional, pacientes que moram sozinhos pacientes com internação no domicilio, pacientes que

chegam a nossa área de abrangência de outras áreas com dificuldade na deslocação para receber cuidados de seus familiares.

- 3º Paciente de alta do hospital com necessidades de continuidade no atendimento no domicílio, com sequelas de doenças recentes ou incapacidades produto de acidentes.
- 4º Visitas de avaliação dos exames recomendados em visitas anteriores.
- 5º Visitas as paciente grávidas, primeira visita à puérpera e à criança em quanto chegam de alta pós-parto.
- 6º Visitas a famílias de riscos e/ ou vulnerabilidade alta.
- 7º Pacientes ausentes às consultas programadas, crianças com negligências familiar, pacientes que abandonam o tratamento de doenças transmissíveis e com descompensação de doenças crônicas por falta de adesão ao tratamento.

As principais dificuldades encontradas no atendimento domiciliar na referida ESF são: falta de condições tecnológicas no domicílio e da equipe como baixo nível econômico em muitas famílias com moradias em má condições, camas que dificultam o desempenho do cuidador, falta de equipamento necessário para a avaliação para os cuidados dos pacientes, falta de medicamentos necessários pela não disponibilidade nas farmácias populares e alto preços dos mesmos nas farmácias privadas; dificuldade no transporte dos pacientes aos hospitais de referência e as consultas especializadas, falta de conhecimentos dos cuidadores com níveis educacionais baixos, falta de cuidadores permanentes em muitos casos, o que impede uma assistência domiciliar com qualidade e a falta da contrarreferência médica como meio de comunicação para a continuidade do atendimento.

Em geral o atendimento domiciliar tem uma boa aceitação da população, devido ela melhorar e dar continuidade na atenção médica, melhorando a qualidade de vida das pessoas necessitadas, diminui os gastos na família, melhorando o conforto da pessoa doente, tendo muitas vezes o apoio da família, dos vizinhos, da equipe de saúde e da comunidade.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante o trajeto do curso de especialização ganhamos em conhecimentos sobre o surgimento do SUS e seu impacto na saúde do Brasil, as políticas do estado para implementá-lo e seus desafios, às legislações dos programas de saúde, permitindo uma melhor preparação para as atividades de promoção e prevenção em saúde.

O estudo dos casos clínicos complexos nos permitiu enfrentar com mais conhecimento as situações com as que lidamos em nossas comunidades diariamente, além de ampliar as habilidades no uso da internet como ferramenta de estudo, superação, avaliação e de solução de problemas de saúde. Tem sido um desafio muito grande, sobretudo com a prática do idioma através de linguagem oral e escrita, contribuiu para um melhor entendimento da língua portuguesa, poder oferecer atenção médica aos pacientes mais necessitados, enfrentar doenças que não temos em nosso país, significou um momento de suma importância e, sobretudo, acredito que este curso de especialização em Saúde da Família é uma importante ferramenta para melhorar nosso trabalho cotidiano.

Ao longo do curso observaram-se muitos desafios, precisando ampliar os conhecimentos para se apropriar da história pela qual passou o sistema de saúde do Brasil, sobretudo a importância que tiveram as lutas dos movimentos sociais até a criação do SUS, sendo necessário apropriar-se de outras ferramentas para o desenvolvimento dos casos complexos, adaptar-se a trabalhar em um novo cenário, aceitar os limites, organizar e agendar a grande demanda de pacientes. Foram momentos satisfatórios, como boa aceitação da população e apoio da equipe, da secretaria municipal de saúde e apoio dos tutores ao longo do curso de especialização.

Através do desenvolvimento do portfólio iniciado com a realização do projeto de intervenção, é possível conhecer melhor nossa área de abrangência quanto às características demográficas, estruturais, suas necessidades mais comuns, os problemas sociais presentes, seus problemas médicos, carências e as debilidades e fortalezas de nossa estratégia de saúde o que nos permitiu realizar um diagnóstico da situação de saúde da comunidade. Sendo escolhido o tema de projeto de intervenção a um problema de saúde presente na população idosa a qual tem uma vulnerabilidade muito elevada, valorizando e avaliando o trabalho dos cuidadores para melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

O curso de especialização possibilita ao profissional maior qualificação profissional, capaz de enfrentar novas situações, fazendo uso das evidências médicas na prática, trabalhar e valorizar o trabalho em equipe, o manejo dos protocolos desenvolvidos durante todo o curso e, sobretudo no trabalho com uma população em sua maioria carente financeiramente, com dificuldades para a aquisição de remédios, realização de exames complementares e consultas especializadas. Essas dificuldades enfrentadas pela comunidade contribuíram com o surgimento de um profissional melhor, mais preparado pra enfrentar situações diversas, que necessitavam ser encaminhada a outros níveis de atenção, capaz de contribuir com a qualificação da equipe no manejo de casos mais complexos, principalmente tornarmos profissionais mais humanizados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar Brasil. 3º ed. Ver. E atual- Rio De Janeiro: ANS, 2009.

G. Gusso, J. Mauro Ceratti Lopes. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre, 2012.

7. ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS –
UNASUS.**

**EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA DO CUIDADO DOS
PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS IDOSOS NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA PASTOR JERRY RESENDE.**

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Autor: Rodobaldo Duenas Rodriguez

RIO MARIA - PARÁ

2017

RESUMO

Hipertensão arterial é o primeiro fator de risco cardiovascular em idosos. O objetivo deste projeto de intervenção é conscientizar a população idosa sobre os malefícios da hipertensão arterial e estimular mudanças de hábitos de vida saudável à população. Sobre a análise estratégica, este projeto de intervenção desenvolveu-se na população assistida pela Estratégia de Saúde da Família Jerry Rezende, localizada na cidade de Rio Maria – Pará. O universo de pessoas envolvidas no projeto é de 100 idosos de um total de 142 pacientes com mais de 60 anos de idade, portadores de hipertensão. Realizou-se um projeto de intervenção com o propósito de aumentar e modificar o conhecimento sobre os fatores de riscos da hipertensão, reforçando o caráter silencioso e perigoso da doença esclarecendo as dúvidas na população de idosos e seus cuidadores sobre este tema. Para tanto, foram realizadas pesquisas desta doença, numa amostra de pacientes idosos hipertensos em nosso centro, onde todos os membros da equipe de saúde foram envolvidos, para revelar o nível de conhecimento do assunto mencionado. Ministrou-se aulas e seminários utilizando meios de reprodução audiovisuais educativos panfletagens e cartilhas educativas sobre o tema. Posteriormente realizou-se novo inquérito para reavaliar o conhecimento dos pacientes idosos. Os resultados esperados foram a melhoria na qualidade de vida e ampliação do conhecimento sobre a hipertensão arterial em pacientes idosos e seus cuidadores.

Palavras chaves: Doença crônica. Hipertensão arterial. Fatores de risco.

ABSTRACT

The Systemic Hypertension is the first factor of cardiovascular risk in oldest people. The objective of this project of intervention is to acquire knowledge the aged population on the causes of the arterial hypertension and to stimulate changes of habits of healthful life in the population select. A project of intervention with the objective will be carried through to increase and to modify the knowledge on the factors of risks of the hypertension, being strengthened the quiet and dangerous character of the illness and to clarify doubts in the group and its caregivers on this subject. For the accomplishment of the same we will make a research on the knowledge of this topic, in a sample of hypertensive oldest patients in our center, where the members of the health team will be involved all, that will go to disclose the level of knowledge of the mentioned subject, will be given to lessons and educative audiovisuais seminaries using half of reproduction and will deliver to educative pamphlets and cartilhas on the subject to the patients and its caregiver. Thereafter, the research will be applied again in the end of the inquiry, to reevaluate the knowledge on this illness. The waited results are the improvement and the modification of the knowledge on the Systemic Hypertension in oldest patient and its caregivers to cheat adhesion to the drug and non- drug treatment more good, to modify factors of risks and de lifestyles like of the alcohol consumption , tobacco use, sedentary lifestyle, obesity, stress, alimentary habits, obtaining better control of the levels of blood pressure and to diminish the morbidity and mortality of the participant patients of the group.

Keywords: Chronic illness. The Systemic Hypertension. Factors of risk.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	27
2. JUSTIFICATIVA	29
3. OBJETIVOS	30
3.1 Objetivo Geral.....	30
3.2 Objetivos Específicos	30
4. REVISÃO DA LITERATURA	31
5. METODOLOGIA.....	35
6. CRONOGRAMA.....	37
7. RECURSOS NECESSÁRIOS	38
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	39
9. REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS	43

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família Jerry Rezende situada na cidade de Rio Maria atende uma população de 3163 usuários do setor Vila Nova, Jardim Paraíso e chácaras vizinhas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível mais frequente em nossa área de abrangência com 241 pacientes.

A HAS é uma das doenças mais estudadas no mundo, não em vão, foi chamada de “assassina silenciosa”, muitas vezes diagnosticada quando o paciente já tem complicações de um órgão-alvo, é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes nos adultos; é o fator de risco mais estreitamente relacionado com o desenvolvimento de doença vascular coronária, cerebral, renal e retinopatia. A mortalidade se dá por infarto do miocárdio, principalmente agudo, acidente vascular cerebral, entre outros. É um dos problemas médicos e de saúde mais importantes e de difícil controle da medicina contemporânea. Em países desenvolvidos é a pedra angular sobre a qual devemos agir para reduzir significativamente a morbidade e letalidade da doença coronária, doenças vasculares e renais em geriatria. (BLOCH; MELA; NOGUEIRA, 2008).

No Brasil, a mudança socioeconômica aumentou a expectativa de vida comparável a países desenvolvidos e como a HAS é o primeiro fator de risco cardiovascular em pacientes idosos, são de grande importância seu controle e tratamento para evitar suas complicações. (BRASIL, 2006).

Normalmente, os pacientes idosos não são informados quanto ao significado da pressão alta, mas a educação em saúde é feita de diferentes formas de acordo com os profissionais de saúde e ao tipo de paciente, daí a necessidade de um programa para melhorar a educação em saúde na atenção básica aumentando o nível de conhecimento e assim, reduzindo a incidência de hipertensão e suas complicações decorrentes.

Considerando isso, elaborou-se o presente projeto de intervenção na temática da Hipertensão Arterial, tendo em vista o caráter endêmico da condição em toda a sociedade.

A área de abrangência da Estratégia da Saúde tem um fluxo considerável de pacientes, a equipe faz um ótimo trabalho. Têm-se grandes números de pacientes idosos hipertensos, associados na maioria dos casos com Hipercolesterolemia, obesidade e Diabetes Mellitus, muitos fazendo o uso de medicação errada,

desconhecimentos da doença, além dos fatores de risco, maus hábitos alimentares, obesidade e sedentarismo. A equipe retomou o trabalho na perspectiva de diminuir a incidência de abandono ao tratamento, de manejo inadequado na população idosa, que uma vez que essa é a população mais afetada e gradualmente já obtêm-se os resultados encorajadores.

O que motivou o presente trabalho, é a hipótese de que se os pacientes idosos hipertensos forem educados para o melhor controle da doença e aumento do conhecimento a respeito, conseqüentemente deve-se diminuir as mortes por doenças cardiovasculares e neurológicas.

2. JUSTIFICATIVA

Do total dos pacientes com o diagnóstico de Hipertensão Arterial na área de abrangência pesquisada 142 têm 60 anos ou mais, os que representam o 58,9% da população com esta doença e em um 46 % desta faixa etária.

Durante o desenvolvimento do trabalho foi identificado que a maioria não tinha conhecimento sobre a doença. Por isso, houve a necessidade de uma intervenção para cadastrar casos de pacientes idosos hipertensos que ainda não possuíam conhecimento sobre a HAS, possivelmente devido à difícil acessibilidade aos serviços, além dos poucos recursos econômicos com que conta esta população.

Evidenciando-se problemas com o manejo de sua doença, abandono ao tratamento com muita frequência e falta de conhecimento ao respeito o que leva á aparição de complicações por desenvolvimento de lesões de órgãos alvos, incapacidades e à morte prematuramente.

Por esses problemas antes expostos é que se pretende realizar ações de promoção da saúde para tentar evitar e ou diminuir as complicações causadas pelo não controle da Hipertensão Arterial em pacientes de idades avançadas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Realizar educação em saúde para melhorar o controle da pressão arterial da população idosa participande no grupo.

3.2Objetivos Específicos

- Conhecer a população hipertensa idosa atendida pela Equipe de Saúde da Família;
- Avaliar os fatores de riscos, hábitos e modo de vida dos pacientes idosos hipertensos;
- Capacitar toda equipe de saúde da família com enfoque na promoção de saúde e o manejo com os pacientes idosos;
- Ofertar educação em saúde aos pacientes idosos com hipertensão, seus cuidadores e familiares de idosos sobre comorbidades, consequências e fatores de riscos e agravos;
- Comprometer aos cuidadores no apoio aos pacientes hipertensos com idades avançadas.

4. REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90 mm Hg). 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. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Jardim et al. (2007) existem duas abordagens terapêuticas para o tratamento da hipertensão arterial, a não farmacológica que consiste em Modificações no Estilo de Vida (MEV) e a farmacológica no qual é feito o uso da terapia medicamentosa, percebe-se que as modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Segundo Schmidt al. (2011), apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os

anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 201113% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (BRASIL, 2013).

Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31% (PICON et al., 2012), sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (PICON et al., 2013).

No Canadá, houve uma mudança radical nos últimos 15 anos, pois, em 1992, a prevalência da HAS era de 17%, sendo que 68% não fazia tratamento para esse problema e 16% tinha a pressão arterial controlada (LEENEN et al., 2008).

As pessoas com maiores números de fatores de risco encontravam-se com melhor tratamento e controle. Um estudo de prevalência e manejo dos hipertensos, realizado na província de Ontário e publicado em maio de 2008, descreve uma prevalência de 22% da população geral com HAS, e 52% acima de 60 anos. Relata que 87% dos hipertensos foram diagnosticados, constituindo-se no local com melhor indicador mundial neste quesito. Os dados sobre a qualidade do acompanhamento surpreendem: 82% dos pacientes fazem tratamento e 66% têm a HAS controlada (CAMPBELL et al., 2003).

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres, mas não houve diferenças em relação a etnia e escolaridade (ORDUÑEZ-GARCIA et al., 2006).

No Brasil, a mudança socioeconômica aumentou a expectativa de vida comparável a países desenvolvidos e como a HAS é o primeiro fator de risco cardiovascular em pacientes idosos, é de grande importância para evitar as suas complicações. (BRASIL, 2006).

A ocorrência de complicações de hipertensão é diretamente proporcional ao nível do aumento da pressão do sangue acima do normal. Em programas interdisciplinares no Brasil dedicado especificamente para os idosos, com o objetivo

de aumentar o seu desenvolvimento psicológico, social e emocional, que se desenvolvem diversas atividades para que se sintam mais integrados, valorizado, aceito e útil para a sociedade o que aumenta a sua autoestima. (NOBLAT et al., 2004).

A HAS tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com as DCV, independente dos fatores de risco associado, como obesidade, sedentarismo, tabagismo e dislipidemia. A doença atinge mais de 20 milhões de pessoas, para essa incidência, significativa, faz-se necessário entender meios que aceleram o desenvolvimento das DCV, como a hereditariedade, sedentarismo, stress e elevado consumo de sal (BRASIL, 2006).

Segundo a V Diretriz Brasileira de Hipertensão (2006, p.365) “a HAS caracteriza-se como um dos fatores independente para as DCV, gerando custo elevado tanto médico e socioeconômico, devido suas principais repercussões. A HAS causa 40% das mortes por AVC”.

A expressão ‘fatores de risco’ refere-se a um conceito que vem ganhando importância crescente no campo das patologias cardiovasculares. Aproximadamente 80% destes agravos podem ser justificados ou explicados pela presença de fatores de risco intrínsecos (idade, sexo, hereditariedade) ou extrínsecos (dieta, tabagismo e sedentarismo), que predispõem o indivíduo a maior risco de ocorrência de DCV (PANSANI, et. al. 2005).

A tendência global para o aumento da expectativa de vida na maioria dos países repercutiu no aumento da expectativa e no envelhecimento da população. A HAS está presente em todas as regiões do mundo e sofre interferência de múltiplos fatores de ordem econômica, social, cultural e ambiental. A prevalência dos casos está cada vez mais alta, associado a padrões alimentares inadequados, diminuição na realização de atividade física e aspectos comportamentais tóxicos. No mundo estima-se que cerca de 691 milhões de pessoas sofrem de HAS. (BRASIL, 2006).

O controle e detecção da hipertensão arterial têm sido atribuição fundamental na saúde da família, configurando-se desta forma ação imprescindível na saúde do adulto em seu estágio inicial, sendo também uma estratégia de trabalho após o pacto de defesa da vida, de 2005 (RABETTI; FREITAS, 2011).

A doença hipertensiva pode se valer como um importante parâmetro na saúde da família, por ser um agravo com atenção prioritária na saúde do adulto, e por ser

uma patologia específica, torna-se também um agravo que requer cuidado longitudinal, o que compreende uma ação da APS. (RABETTI; FREITAS, 2011).

Aos atores envolvidos na Atenção Primária (profissionais e gestores), principalmente os que estão inseridos na Estratégia Saúde da Família, resta o desafio de atuar com precisão propondo abordagens coletivas (grupos, campanhas e outros), além de ações individuais na rotina das unidades (consultas médica, de enfermagem), acrescentando-se nesse mesmo contexto uma atuação efetiva dos ACS nas visitas domiciliares, todo esse esforço precisa ter o foco na melhor adesão dos portadores de HAS à terapêutica prescrita (HELENA; NEMES; NETO, 2010).

5. METODOLOGIA

As atividades propostas foram divididas em quatro etapas conforme detalhamento a seguir:

Primeira etapa: Intervenção desenvolvida por meio de levantamentos de dados bibliográficos e epidemiológicos. Foram utilizadas bibliografias relacionadas ao tema, contendo os seguintes descritores: hipertensão arterial, fatores de risco, atenção primária em saúde e anti-hipertensivos. Para obtenção de dados epidemiológicos foram utilizadas informações fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde do município em questão através das fichas epidemiológicas e os prontuários dos pacientes cadastrados participantes no trabalho. A partir da obtenção dos dados secundários, dos levantamentos bibliográficos e epidemiológicos procedeu-se a capacitação sobre Hipertensão Arterial das ACS mediante aulas usando mídias audiovisuais disponível na secretaria da saúde e facilitando material de estudo impresso.

Segunda etapa: do total de hipertensos identificados na área de abrangência da ESF Pastor Jerry Rezende registrados no E-SUS, identificou-se 100 usuários com mais de 60 anos de idade que aceitassem participar no projeto. Para seleção dos sujeitos, adotaremos os seguintes critérios de inclusão: paciente com diagnóstico de HAS, com mais de 60 anos de idade, cadastrado e acompanhado no Programa Hipertensão na área de abrangência da ESF com prévia assinatura do termo de concordância dos pacientes ou seus cuidadores. Os pacientes selecionados participaram de uma reunião com a equipe de saúde onde abordaremos os objetivos e as atividades a serem realizados no projeto.

Terceira etapa: Serão aplicados questionários relacionados com os conhecimentos e manejo de cada paciente incluído no programa, de acordo com sua área de abrangência e no caso de impossibilidade dos pacientes, se aplicados aos familiares ou cuidadores. O questionário consiste em 20 perguntas, com um valor de cinco pontos cada, com duas opções de resposta (sim ou não). Contemplaremos dados como: idade, sexo, grau de escolaridade, além de perguntas que buscaram avaliar o nível de conhecimento dos usuários sobre a HAS e fatores de riscos (FR). Para avaliar o resultado das respostas considerando-se dois níveis de conhecimento, de acordo a pontuação obtida: Insuficiente conhecimento de 0-45 pontos e suficiente conhecimento de 50-100 pontos.

Quarta etapa: Após obtenção dos resultados, realizaremos a intervenção, que consistirá em oferecer atividades educativas relacionadas com a HAS, FR associados e complicações aos 100 usuários incorporados ao grupo e aos cuidadores e familiares. As atividades educativas serão realizadas por três meses, com períodos de oito horas mensais, duas horas semanais. Os pacientes serão divididos em quatro grupos de 25 pessoas cada um. As atividades educativas serão de acordo às necessidades da população assistida, respeitando-se crenças, valores, e limitações dos participantes.

Local e período: As intervenções educativas serão desenvolvidas no salão dos agentes de saúde da ESF durante um período de três meses.

Avaliação e monitoramento. Os usuários receberam orientações durante as consultas e visitas domiciliares programadas, a cumprir com recomendações médicas dadas em cada encontro presencial e posteriormente avaliados os resultados durante as atividades educativas mediante perguntas de controle. As reuniões clinicam serão programadas a cada quinze dias na ESF, para discutir o desenvolvimento do projeto.

Uma vez concluída a última palestra sobre o tema, o questionário de 20 perguntas fechadas será outra vez aplicado para mensurar o nível de conhecimento sobre HAS e FR associados alcançado pelos usuários.

6. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

AÇÕES	Jul. 2017	Ago. 2017	Set. 2017	Out. 2017	Nov. 2017	Dez. 2017
Atualização da população com HAS.	x	x				
Capacitação de equipe de saúde da família.	x	x				
Seleção da amostra.		x	x			
Pesquisa inicial dos conhecimentos dos idosos sobre HAS.			x	X		
Desenvolver ações de educação em saúde em idosos e/ou cuidadores.			x	X	x	
Construção e Distribuição de cartilhas educativas.			x	X	x	
Monitoramento das ações.				X	x	
Pesquisa final dos conhecimentos dos idosos e/os cuidadores.				X	x	
Discussão e avaliação final do projeto de intervenção.					x	x

7. RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos humanos:

- Equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família.

Recursos materiais:

- Sala para realização de grupos.
- Equipamento de multimídia.
- Caneta.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Balança.
- Fita métrica.
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.
- Panfletos e cartilhas educativas.

8. RESULTADO ESPERADOS

Com a realização deste projeto pretende-se reorganizar as ações de educação em saúde oferecidas pela ESF, ampliando-se os conhecimentos sobre HAS em pacientes idosos e seus cuidadores a fim de ter uma redução significativa dos fatores de risco, e controle sobre a HAS diminuindo as complicações como a hipertrofia do ventrículo esquerdo, a isquemia cerebral transitória, disfunção renal, aterosclerose, retinopatia hipertensiva, entre outras em longo prazo.

9. REFERÊNCIAS

ALVES V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, v. 9, n. 16, p.39-52, 2005.

ALVES V. S.; FRANCO, A. L. S. Estratégias comunicacionais do médico de Saúde da Família para Educação em Saúde no contexto clínico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. *Ciênc. Saúde Colet.* v.8, supl.1, p.144, 2003.

Bloch KV, Mela AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Caderno Saúde Pública.* 2008; 24 (12):2979-84.

Col. Autores. *Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.* Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

Campbell NR, McAlister FA, Brant R, et al. Canadian Hypertension Education Process and Evaluation Committee Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. *J Hypertens.* 2003;21:1591–7

DUNCAN B.; SCHMIDT M.I.; GIUGLANI E. R. *J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.* 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HELENA, E. T. S. de.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à nãoadesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, 2010.

JARDIM P. C.; VEIGA B. Hipertensão Aterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia,* 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília; 2006. [Série Cadernos de Atenção Básica nº 15 - Série A. Normas e Manuais Técnicos]. [Acesso em 20 de março dos 2010]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado de Pessoa com Doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica e a organização da linha de Cuidado. Caderno de Atenção Básica nº 37. P19(5). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cr_onica.pdf>

MOHAN, Sailesh; CAMPBELL, Norm R. C. Hypertension management in Canada: good news, but important challenges remain. Canadian Medical Association Journal (CMAJ), Canada, v. 178, n. 3, p. 1458-1459, may, 2008.

Noblat AC, Lopes MB, Lopes GB, Lopes AA. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. Arq Bras Cardiol. 2004;83(4):308-13.

ORDUÑEZ-GARCIA, P. et al. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. J. Hypertension, USA, v. 24, n. 5, p. 845-849, may, 2006.

PANSANI, A. P.; ANEQUINI, I. P.; VANDERLEI, L. C. M.; TARUMOTO, M. H. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa "Universidade Aberta a Terceira Idade". Arquivos de Ciências da Saúde, v. 12, n. 1, p. 27-31, 2005.

PICON R. V. et al. Prevalence of hypertension among in elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. Am, J. Hypertension..., [S.I.], v. 26, n. 4, p.541-548, apr. 2013. Doi: 10. 1093/ ajh/hps076.Epub 2013 jan 29.

PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension in Brazil: A systematic review with Meta-analysis. PLoS ONE, [S.l.], v. 7, n. 10, 2012. Doi: 10.1371/journal.pone.0048255.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. [gazeta na internet]. 2010 [acesso em 2015 Jan 04]; 95 (1suppl1): IIII. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001>

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2006: 1-48.

WILLIAMS B. The year in hypertension. Journal of American College of Cardiology, New York, v.55, n. 1, p. 66-73, 2010.

Quadro 4. Avaliar o efeito da intervenção educacional no controle dos níveis da pressão arterial (PA) dos pacientes hipertensos segundo o nível de conhecimento.

Variáveis	Suficiente		Insuficiente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Controle dos níveis da Pressão Arterial.						
Nível de conhecimento						
Total						

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, portador
(a) do RG nº. _____, atualmente com _____ anos, Residindo na
_____.

Após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA, devidamente explicada pela equipe de pesquisadores da Estratégia de Saúde, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar da pesquisa proposta, sob título de: EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA DO CUIDADO DOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS IDOSOS NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PASTOR JERRY RESENDE.

Consinto também como o uso científico e didático dos dados, preservando a minha identidade.

Fui informado (a) sobre e tenho acesso a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e estou ciente de que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial guardada por força do sigilo profissional. Fui informado (a) também, que receberei uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto de pesquisa de minha participação, agora ou a qualquer momento.

A qualquer momento, posso solicitar a minha exclusão da pesquisa. Posso apresentar queixa de abuso ou uso irregular dos dados ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional de Fernandópolis, CEP-FEF, telefone (17) 3465-0000, ramal 0042, cep.fef@fef.edu.br, e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (61) 33152150, 33152151 e 33153566, cns@saude.gov.br. Ciente do conteúdo assina o presente termo.

Rio Maria/PARÁ, _____ de _____ de 20 _____

Nome do participante da pesquisa

Nome do pesquisador responsável

Endereço:

Telefone:

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO

Gerais: Faixas Etárias: 60-69 anos ____, 70-79 anos ____, 80 anos e mais ____

Sexo: Masculino ____ Feminino ____.

Rasa/cor: Branca ____, Preta ____, Parda ____, Amarela ____, Indígena ____.

Nível Educacional Vencido: Alfabetizado ____, Ensino Fundamental Incompleto ____

Ensino Fundamental Completo ____, Ensino Fundamental Especial ____, Ensino

Médio ____, Ensino Superior ____, Nenhum ____.

Questionário:

1. A pressão alta tem cura: Sim ____ Não ____
2. Você toma só remédios quando sente desconforto: Sim ____ Não ____
3. A pressão alta só se controla com remédios: Sim ____ Não ____
4. Você afere sua pressão só quando tem desconforto: Sim ____ não ____
5. Comer gorduras, embutidos, alimentos doces e as comidas besteira podem elevar seus níveis de colesterol: Sim ____ Não ____.
6. O colesterol alto pode desenvolver infarto do coração, derrame cerebral: Sim ____ Não ____.
7. Comer verduras, frutas faz bem a você: Sim ____ Não ____.
8. Se sua pressão se normaliza tomando remédio você de só e parar o tratamento: Sim ____ Não ____.
9. Levar uma vida sedentária pode fazer que sua pressão subisse: Sim ____ Não ____.
10. Você deve aferir sua pressão frequentemente para ver sua resposta ao tratamento: Sim ____ Não ____.
11. Fazer exercícios físicos regularmente pode melhorar seus níveis de pressão: Sim ____ Não ____.
12. Estar com obesidade pode elevar sua pressão: Sim ____ Não ____.
13. Comer com muita sal pode desenvolver pressão alta: Sim ____ Não ____.
14. Fumar faz dano a sua circulação, ao coração: Sim ____ Não ____.
15. O não controle adequado de sua pressão pode provocar danos em seus rins, coração e no cérebro: Sim ____ Não ____.
16. O estresse pode elevar sua pressão: Sim ____ Não ____.
17. Sua pressão só fica alta quando tem estresse: Sim ____ Não ____.
18. Você realiza caminhada ou andadas: Sim ____ Não ____.
19. Você faz regime para perder ou manter o peso: Sim ____ Não ____.
20. Beber muito álcool pode afetar sua pressão: Sim ____ Não ____.