

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Yarlenis Silva Carbonell**

**APLICABILIDADE DO ATENDIMENTO DOMICILIAR COMO  
FERRAMENTA NO CONTROLE DAS DOENÇAS CRÓNICAS NÃO  
TRANSMISÍVEIS**

**PORTO ALEGRE – RS**

**2018**

**Yarlenis Silva Carbonell**

**APLICABILIDADE DO ATENDIMENTO DOMICILIAR COMO  
FERRAMENTA NO CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO  
TRANSMISÍVEIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Básica da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Básica da Família.

**Orientador:** João Batista Cavalcante

**PORTO ALEGRE – RS**

**2018**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO.....	4
2. ESTUDO DE CASO CLINICO.....	6
3. PROMOÇÃO DE SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NIVEIS DE PREVENÇÃO.....	11
4. VISITADOMICILIAR.....	13
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	16
6. REFERÊNCIAS.....	17
7. ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	18

## **Introdução.**

Meu nome é Yarlenis Silva Carbonell, sou médico especialista em Medicina Geral Integral, formada no ano 2008 na Faculdade número II de Ciências Médicas de Santiago de Cuba. Atualmente trabalho no Estado Pará, município Irituia, na ESF Itabocal, formando parte do Programa de intercambio Mais Médica para o Brasil.

O município de Irituia localiza-se na mesorregião Norte do Estado Pará, pertencendo a Região Guajarina, com os seguintes limites: Ao Norte São Miguel do Guamá, ao Sul Mãe do Rio, ao Leste Capitão Poço e ao Oeste São Domingo de Capim. Apresenta uma área de 1379523 km<sup>2</sup> e uma população de 30573 habitantes, com densidade demográfica de 21,8 habitantes por km<sup>2</sup>, concentrando 24458 na zona rural e 6115 na zona urbana. Distante da capital do estado á cerca de 167 km.

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio (52,98% dos adstritos) de rede pública com água tratada e aproximadamente 47,02% utiliza água retirada de poço ou nascente. O recolhimento e destinação final do lixo, é realizado através de coleta publica (cerca de 24,44%), sendo que aproximadamente 59,93% da população descarta o lixo enterrando ou queimando e 15,63% o descarta á céu aberto.

A comunidade de forma geral não dispõe de rede de esgoto sanitário e utilizam fossas como a deposição dos dejetos (79,52%). Na zona urbana o destino dos dejetos em sua grande maioria é feito em fossas biológicas, porem na zona rural utiliza-se fossas negras sépticas, conforme o poder aquisitivo de cada família, outras formas também são registradas como a deposição dos dejetos a céu aberto(20,48%)

A energia elétrica é fornecida regularmente pela REDE CELPA, tendo acesso 82,38% da população e 17,62% sem acesso.

O município tem como a maior fonte pagadora o serviço público, mais conta também com atividades econômicas relevantes como a agricultura familiar, agropecuária, e o comercio.

Observando o território, encontrou-se 2 escolas, 1 pré-primário ao 4 ano e 1 série inicial ao ensino médio, 5 ESF na zona rural, 1 UBS na zona urbana, 1 Hospital Municipal e 2 laboratórios clínicos.

As principais causas de morte no município são em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar as neoplasias e depois as doenças infecciosas e parasitárias.

A ESF Itabocal esta situada na área rural do município, sendo 3126 o número de pessoas atendidas, delas 435 são hipertensos (13,9%)

No momento, o processo de trabalho de toda equipe está focado nos grupos prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde como: hipertensos, diabéticos, saúde mental, grávidas, crianças menores de dois anos.

Dentro da ordem de prioridade os problemas de saúde que acarretam na área de abrangência da ESF Itabocal são:

- Alta prevalência de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com pouco o mau controle.
- Alta prevalência de pessoas com Diabetes Mellitus com pouco o mau controle.
- Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas
- Deterioração do quadro higiênico
- Desemprego

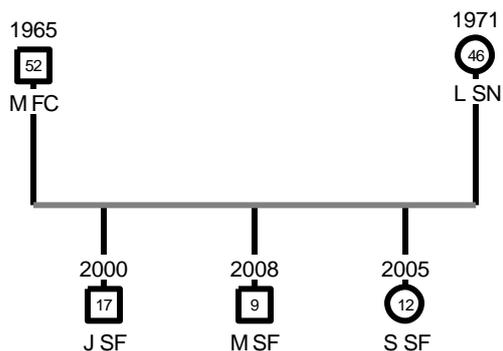
Depois de haver discutido com minha equipe sobre os principais problemas, estabelecemos uma ordem de prioridade, sendo o problema prioritário a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

## Estudo de Caso clínico

### 1ª Consulta Médica

A senhora **LSN** de 46 anos é uma paciente que mora em nossa área de abrangência. Ela trabalha como secretária, é fumadora (12 cigarros ao dia), e sua dieta na maioria das vezes é salgada e com muita fritura, além disso, abundante em quantidade, não pratica atividade física sistemática. Tem antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo 2 tratada com Metformina (850mg) 3 vezes ao dia e antecedentes históricos familiares de mãe com hipertensão arterial sistêmica e seu pai teve um evento cardiovascular isquêmico faz cinco anos. Mora com seu esposo **MFC** de 52 anos comerciante, eles têm três filhos, dois assistem a escola e o menor não, até agora sem doenças referidas. A paciente relata quadro de cefaleia e tonturas, faz 10 dias, relatou que tomou pela sua conta ibuprofeno 8/8h e a dor não passou.

### Genograma Familiar



Dados da triagem: PA150/95mmhg, Peso: 78 kg, Talla1, 66 cm, IMC: 28,31 acima do peso, Temp.: 36,2c HGT: 102.

Ao exame físico:

Medidas antropométricas: Altura 1,66cm, Peso 78 kg, IMC 28,31 sobre peso.

Exame do pescoço: Palpação e ausculta das artérias carótidas normal.

Exame da região precordial e ausculta cardíaca não têm sinais sugestivas de hipertrofia, batimentos cardíacos normais, não tem sopro. Frequência cardíaca 76bmin. Medidas de PA 150/95mmhg realizadas duas toma com intervalo de um minuto, preconizada em (CAB HAS No 45-2014).

Exame do pulmão murmúlo vesicular normal, não escuto estertores fr 18x min.

Exame do abdômen suave depressível, não tem dor na palpação, não visceromegalia.

Neurológico sem alteração.

Fasso a prescrição dos examine laboratorial de rotina mínima para pessoa com (HAS) preconizado nos (CAB HAS No 45-2014).

Eletrocardiograma

Dosagem de glicose

Dosagem de colesterol total, HDL

Dosagem de triglicérides

Dosagem de potássio

Exame de urina

Achado do exame clinica e anamnese indicativos de risco para doença cardiovascular.

- hipertensão

-sedentarismo

- tabagismo

A paciente apresenta tres fatores de baixo risco/intermediário (sedentarismo, hipertensão e tabagismo).

Indico ao paciente agendar consulta em dez dias para avaliar os exames laboratoriais, oriento ao paciente fazer algumas mudanças em seu estilo de vida. Essas mudanças são: começar a fazer atividades físicas aeróbicas, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana, tentar ter uma alimentação saudável rica em frutas e vegetais, baixa de sal pobre em gordura total e saturada e tentar

uma redução em seu peso. Explicou para a paciente realizar essas mudanças pode diminuir as cifras de PA sem necessidade de tratamento medicamentoso e que se precisa-se de tratamento medicamentoso também ajuda ao efeito dos fármacos.

## **Consulta 2.**

**Dados da triagem:** PA144/93mmhg, Peso: 76 kg, Altura1, 66 cm, IMC: 27,58 acima do peso,

Temp: 36,2c

São avaliados os resultados dos exames laboratoriais

Eletrocardiograma: Ritmo sinusal, FC 76bxmin, não tem alteração em complexos QRS, exame dentro dos limites da normalidade.

Glicemia: 96mg/dl

Colesterol total: 200 mmol/l

Triglicérides: 120mmol/l

Dosagem de potássio: 3,8meq

EQU: normal

Agora posso calcular o escore de Framingham para definir o risco cardiovascular da senhora LSN

O escore de Framingham é uma ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular (BRASIL, 2010) e auxilia na definição de condutas:

- **Baixo Risco** – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.
- **Risco Intermediário** – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.
- **Alto Risco** – quando existir mais de 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver a presença de lesão de órgão-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas.

A paciente tem um risco intermédio de ocorrer um evento cardiovascular em dez anos. Isso precisa de um acompanhamento da paciente semestral após orientação sobre estilo de vida saudável.

Oriento o tratamento não farmacológico para redução peso, diminuição do consumo de sal, gorduras e de bebidas alcoólicas, praticar regularmente exercícios físicos ligeiros( caminhadas). Decido começar o tratamento farmacológico baseado no Protocolo de Hipertensão Arterial Sistémica para a atenção primaria em saúde, indico captopril 25mg tomar 1cp ao dia, de uso contínuo já que se trata de uma (HAS) estágio 1 que é quando a PAS fica 140-159mmhg e PAD 90-99mmhg, segundo a classificação da pressão arterial das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e manter monitoramento de sua PA por duas semanas mais, para reavaliar. Encaminho para nutricionista da ESF para sua avaliação da dieta.

### **Consulta 3.**

Dados da triagem: PA135/85mmhg, Peso: 75 kg, Altura1,66cm, IMC:33,6 acima do peso.Temp:36c

Monitoramento da PA

PA130/85mmhg

PA130/80mmhg

PA135/85mmhg

PA130/85mmhg

A paciente relatou no atendimento que esta tomando certo a medicação e que foi avaliada por a nutricionista quem fez um regime para ela e explicou a importância de tentar conseguir as meta do peso para ajudar ao tratamento farmacológico a ter melhor efeito. Depois do interrogatório ao paciente e fazer o exame físico y tomar as cifras de PA decido manter o mesmo tratamento farmacológico, oriento sobre a importância de continuar com as mudança de estilo de vida e convenho com ela para fazer uma visita domiciliar a sua casa junto com enfermeira ,agente comunitário de saúde para ter uma conversa com todos os membros da família para fazer a eles compreender o problema de saúde , conheçam sobre o manejo da doença e mantenham as mudança no estilo de vida .

Recomendo a verificação mensal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento. Neste período, a pessoa deverá medir a PA na sala de “enfermagem/triagem/ acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário.

Se o paciente não estiver usando corretamente a medicação, a equipe de Enfermagem deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a PA. A consulta médica deverá ser realizada semestralmente. É extremamente necessário iniciar a educação em saúde, individual, em grupo Hipertensão, orientando a realizar atividades físicas, consultas com nutricionista, reduzindo uso de álcool, e tabaco, eliminando frituras e dando preferência a assados, grelhados, frutas e verduras e fazer bastante ingestão de água. Oriento a importância da avaliação odontológica anual.

A HAS é causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, como doença isquêmica, cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

É também fator etiológico de insuficiência cardíaca, déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, por tanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida das pessoas. (Brasília, 2013)

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Para promoção de saúde a equipe de saúde da família deve articular com outros setores como escolas: igrejas, associações de bairros e outros locais sociais, ações educativas em todos os ciclos da vida, ações realizadas para toda a população e prevenção de doenças crônicas e suas complicações.

## **Promoção da Saúde, Educação em Saúde e Níveis de Prevenção.**

Tendo em conta que a atenção básica é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde com território adscrito para permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos (a saber, integração de ações programáticas e demanda espontânea); articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil 2012), minha equipe de trabalho e eu assumimos a responsabilidade de fazer atividades de promoção, prevenção em saúde, além do diagnóstico, tratamento, e reabilitação a todos nossos pacientes.

Há 15 meses que atuo como médica na ESF Itabocal no município Irituia, do estado Pará, integrada ao Programa mais Médicos. Quando comecei a realizar meu trabalho nesta unidade, me chamou a atenção a grande incidência de pacientes com transtornos mentais, e muitos que nem faziam tratamento, problema que falei numa reunião de equipe e foi decidido focar parte de nosso trabalho no cuidado da saúde mental e ao atendimento integral desses pacientes, então nos demos a tarefa de mapear todos aqueles pacientes com transtorno mental, de maneira individualizada, em toda a área de abrangência, consultar eles no posto, para conhecê-los em suas singularidades, seus diagnósticos, tratamentos, problemáticas sociais e familiares. Toda esta informação fica anotada no prontuário individual, avaliados pelo modelo de SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), para registro das informações, como aprendemos no curso, para uma melhor compreensão. Toda a equipe participou ativamente neste trabalho, desde os Agentes de Saúde Comunitária, na identificação dos usuários, a secretaria nos agendamentos e acolhimentos dos pacientes, as técnicas de enfermagem e a enfermeira no acolhimento humanitário e convencimento dos pacientes em assistir as consultas, pois muitos só vinham no posto para troca de receitas, a psicóloga ajudou com a avaliação e acompanhamento de alguns casos, cada um fez sua tarefa planejada em benefício do usuário e estabelecendo planos de atuações individualizados.

Aos pacientes que não vinham nas consultas, lhe foram realizadas visitas domiciliares, e assim foi mais fácil conhecer o contexto familiar, modos de vida, vulnerabilidades e riscos, além de proporcionar a atenção integral, humanizada e continuada a eles.

Os atendimentos foram encaminhados a alcançar o melhor estilo de vida possível dos doentes, tendo em conta que “várias correntes têm apontado como objetivo das práticas de saúde mental, não somente a remissão de sintomas, mas, principalmente, ampliar a capacidade de cada um de lidar consigo mesmo e com outros” (GWS CAMPOS, 2013,p.2802), também aplicamos conteúdos adquiridos no curso como estratégias de educação em saúde que visam aumentar a autonomia do doente mental para o autocuidado.

Depois de começar este trabalho a equipe percebeu um grande avanço na atenção integral dos pacientes, já que agora eles têm assistência no posto com acompanhamento regular e integral de suas doenças mentais, colocando alguns nos diferentes grupos de terapias como o de adição a álcool e outras substâncias, avaliações com psicologia, encaminhamentos para as diferentes especialidades que precisassem, assim como atenção as outras comorbidades clínicas (HAS, Diabetes, Asma entre outras), doenças que podem ser agravadas pela condição mental. Permitindo determinar fatores de riscos, reduzir ao mínimo a polifarmácia, incorporar aos pacientes nos programas priorizados pelo Ministério da Saúde, como o programa de detecção do câncer do colo uterino e de mama. Também melhorou a participação da família no apoio ao paciente psiquiátrico, e diminuiu a demanda das consultas para o psiquiatra, especialista que não temos no município dificultando o processo de referência e contra referência.

A promoção e prevenção de saúde é atribuição de toda a equipe de saúde familiar e competência da equipe, promover o cuidado integral e o vínculo com o paciente de saúde mental, nos trabalhamos neste sentido logrando melhorar a comunicação entre a equipe e os pacientes, a família e a comunidade.

## **Visita Domiciliar**

Eu considero que o atendimento domiciliar tem uma grande importância, já que permite ao profissional de saúde conhecer fatos da vida do usuário aos que muitas vezes durante a consulta no posto não podemos ter acesso, esse tipo de assistência dá a possibilidade de saber como é o meio familiar e social no que o paciente vive para assim poder planejar ações mais próximas com a realidade dele. Gusso (2012) também considera que a visita domiciliar permite promover, restaurar e manter o conforto da saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna.

Os objetivos das visitas são conhecer o ambiente familiar e a área de moradia, identificar fatores de risco familiares. Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento. Promover à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida. Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares. Supervisar os cuidados delegados à família. Prestar cuidados de enfermagem no domicílio, orientação e cuidado ao cuidador, pois muitas vezes, também estão precisando de atenção médica. Também é realizada a avaliação odontológica.

Quando comecei a trabalhar na ESF Itabocal as visitas domiciliares eram feitas aleatoriamente, segundo a solicitude dos familiares ou dos agentes comunitários, percebeu que o planejamento podia ser modificado, para que não sempre a demanda de assistência fosse gerada pelo enfermo, família ou ACS, e sim pela equipe em conjunto, fornecendo atendimento domiciliar para os usuários conforme a gravidade dos casos e as necessidades de acompanhamento, então nos demos a tarefa de identificar todos os pacientes com dificuldades de locomoção, com agravamento de problemas crônicos, idosos acamados, gestantes com gravidez de risco, recém-nascidos com problemas de saúde, pacientes hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento ou ausentes ao atendimento programado, em fim pacientes com situação de vulnerabilidade. Fizemos o planejamento mensal dos atendimentos que seriam feitos em cada dia de visita domiciliar, de acordo com a prioridade do atendimento, visando com isso conseguir ter um melhor controle das visitas domiciliares, avisar previamente aos

pacientes e familiares da data escolhida, além de estabelecer os objetivos claros da visita e as técnicas de entrevista. Geralmente são realizadas de quatro a cinco visitas cada quarta feira, no horário das 8 horas da manhã às 12 horas do médio dia. Algumas vezes apresentamos problemas com o transporte e a visita precisa ser reagendada. Já apresentamos casos em que o paciente precisa um atendimento de urgência, nesses casos o atendimento se faz logo, não precisa ser agendado. Esse planejamento do atendimento domiciliar é feito mensalmente na reunião de equipe aonde analisamos as informações referentes ao paciente, avaliamos o prontuário, definimos quais profissionais da equipe são necessários no atendimento(o ACS sempre participa por conhecer e ter melhor acesso aos endereços), definimos o objetivo da visita, se for assistencial, educativa, avaliação, ou busca ativa, definimos o itinerário, o tempo e a rota de visitas e o material que é preciso levar.

Durante as visitas realizamos a abordagem do paciente, atendimento individualizado, tomamos signos vitais, exame físico e após avaliação são realizados os procedimentos necessários como curativos, aplicação de injetável, vacina, troca de sonda, teste de glicemia, retirada de pontos, orientação para uso da bolsa de colostomia, fisioterapia, encaminhamentos para outras especialidades, trocas de receitas e damos orientações necessárias para o paciente. Em ocasiões temos pacientes que precisam de exames laboratoriais ou outros exames como ECG e radiografias, neste caso é solicitado e agendado através da equipe.

Realizamos logo a abordagem da família com orientações sobre os cuidados a ter com os pacientes visando á promoção da saúde e autocuidado, baseadas nas evidencias e riscos á saúde encontrados. Todas as atividades realizadas são anotadas no prontuário do paciente e sua família.

É importante integrar a todos os membros da família nos cuidados do paciente, com a responsabilidade do cumprimento do tratamento, com o apoio emocional, afetivo e financeiro, e orientar os cuidados para os cuidadores que muitas vezes são afetados física e emocionalmente. Durante a visita fazemos uma avaliação das condições econômicas, sociais e ambientais do individuo. Nesse primeiro momento, inicia-se o estabelecimento dum vínculo mais estreito com o indivíduo e a família, respeitando sempre a relação médico paciente.

O NASF, como núcleo de apoio, brinda suporte profissional especializado, ampliando nossas modalidades de ações oferecidas, como o fisioterapeuta,

nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo quando necessário.

Como exemplo, temos o caso da visita domiciliar realizada à paciente referenciada no caso clínico exposto neste trabalho, hipertensa, diabética, com vários fatores de risco como tabagismo, sedentarismo, e sobrepeso.

O caso foi discutido na reunião mensal da equipe e planejada a visita, para ser realizada na quarta-feira seguinte ao dia da consulta, prévio consentimento da paciente e a família. Foram definidos os membros da equipe para participar; o ACS de essa área, o enfermeiro, a psicóloga do NAFS. A visita teve um enfoque educativo, preventivo, integral e multidisciplinar.

O objetivo da visita foi conhecer o ambiente familiar, as condições de moradia, avaliar as cifras de PA. Junto com o enfermeiro, avaliamos a situação da paciente e as condições e infraestrutura física do domicílio. Verificamos e estimulamos o cumprimento do tratamento e do plano de cuidados pactuado com a paciente na consulta. Orientamos à família sobre a importância de contribuir com as mudanças de estilo de vida, como diminuir o consumo de sal, e evitar o consumo de gorduras. Foi definida a frequência da visita mensal por parte da ACS e uma visita trimestral do médico e enfermeiro. Registramos as informações no prontuário. No final da visita, discutimos em reunião com a equipe, referente aos problemas encontrados.

## **Reflexão Conclusiva**

Eu considero que o curso de especialização tem sido muito importante para minha vida profissional e contribuiu para dar uma melhor atenção médica aos meus pacientes aqui no Brasil. Consolidou conhecimentos antigos, e também me permitiu conhecer novas práticas e protocolos de atenção para este diferente cenário de trabalho.

Em relação ao Eixo 1 aprendi a registrar as informações nos prontuários pelo método de SOAP, também aprendi que as tomadas de decisões em saúde, com base epidemiológica e científica, deve ser baseada em evidências. Outro fator importante em relação à mudança no curso foi quanto a construção de minha agenda profissional, permitindo a organização e programação de consultas, visitas domiciliares, reuniões de equipe e atividades de educação em saúde. A qualidade de nossas reuniões de equipe melhorou logrando a participação do total dos integrantes da equipe, com a discussão de casos com base científica e com a planificação de atividades coletivas. Também considero que o estudo referente à história, foi muito profundo, extenso e cansativo, e que os conteúdos estudados nessa etapa estavam pouco ou quase nada relacionados com o que fazemos dia por dia.

Já o Eixo 2 que foi mais relacionado com a prática médica, com o que estamos acostumados a trabalhar todos os dias, esta etapa me ajudou muito com a adesão aos protocolos das doenças neste país, e deu um grande reforço para meus conhecimentos sobre doenças transmissíveis que, ainda que tenho vários anos de graduada, nunca tinha visto casos ou tinha visto muito poucos, e graças a isso consegui dar um melhor atendimento aos pacientes.

Acredito que, de forma geral, a experiência trouxe um aprendizado muito útil, agora me sinto melhor preparada para atender a população brasileira, mais segura para tomar as diferentes condutas segundo cada caso.

## Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência de Saúde Comunitária. **Protocolo de HTA sistêmica para a atenção Primária em saúde**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Vol. 37.1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 2014. Caderno de atenção básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de atenção básica**. Brasília 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Políticas e práticas em saúde mental**: as evidências em questão. Disponível em [www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a02.pdf)

GUSSO, Gustavo. **Abordagem comunitária**: Cuidado domiciliar. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Revista Internacional de Ciências Cardiovasculares. **O Entendimento do Paciente sobre Hipertensão Arterial**: uma Análise com Base no Risco Cardiovascular. 2015

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Revista Brasileira de Hipertensão, 2010.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Yarlenis Silva Carbonell**

**MODIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA DA POPULAÇÃO ADULTA**

**PORTO ALEGRE – RS**

**2017**

**Yarlenis Silva Carbonell**

**MODIFICAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA DA POPULAÇÃO ADULTA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Básica da Família da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Básica da Família.

**Orientador:** Eva Emanuela Lopes Cavalcante

**PORTO ALEGRE – RS**

**2017**

Carbonell, Silva Yarlenis. **Modificação de Conhecimentos Sobre Hipertensão Arterial Sistêmica da População Adulta**. Porto Alegre-RS, 2017.

## RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. **Será realizado um estudo de intervenção educativa em pacientes da população adulta com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na comunidade da ESF Itabocal do município Irituia com o objetivo de realizar educação em saúde sobre HAS diante o desenvolvimento de ações continuadas de promoção da saúde, no período compreendido desde maio até novembro de 2017. Aos participantes selecionados lhes será aplicado um questionário para avaliar seus conhecimentos iniciais referentes ao tema, será realizado um programa, no qual se desenvolveram três temas, utilizando técnicas participativas, será repetido o questionário após as aulas, avaliando-se com os mesmos critérios da etapa inicial para verificar se se logrou modificar e incrementar de maneira significativa os conhecimentos sobre a doença nos participantes.**

**Palavras-Chave:** Saúde da Família; Hipertensão Arterial; Irituia.

Carbonell, Silva Yarlenis. **Knowledge Modification on Systemic Arterial Hypertension of the Adult Population**. Porto Alegre - RS, 2017.

## SUMMARY

Public health statistics show that systemic arterial hypertension (SAH) has a high prevalence and low control rates, and is therefore considered one of the most important public health problems. An educational intervention study will be carried out in patients of the adult population with systemic arterial hypertension (SAH) in the community of ESF Itabocal in the municipality of Irituia with the objective of conducting health education on hypertension, in view of the development of continuous health promotion actions in the period From May to November 2017. A questionnaire will be applied to the selected participants to evaluate their initial knowledge regarding the theme, a program will be carried out, in which three themes were developed using participatory techniques, the questionnaire will be repeated after the classes, evaluating With the same criteria of the initial stage to verify if it was possible to modify and to increase in a significant way the knowledge about the disease in the participants.

**Keywords:** Family Health; Arterial hypertension; Irituia.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
4.1	Objetivo Geral.....	9
4.2	Objetivos Específicos.....	9
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>17</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>18</b>
8.1	Recursos Humanos.....	18
8.2	Recursos Materiais.....	18
<b>9</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>10</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>
<b>11</b>	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada por níveis elevados e mantidos de pressão arterial (PA) (PA>140 x 90 mmHg). Associada, com frequência, a alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo, metabólicas e aumento do risco de eventos cardiovasculares que podem ou não levar à morte.(BRASIL, 2011).

Dependendo dos valores que a PA se encontra haverá a classificação em: estágio 1 se a PA sistólica estiver entre 140-159 mmHg, estágio 2 se a PA sistólica estiver igual ou acima de 160 mmHg e a diastólica acima de 100 mmHg.

A HAS é causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, como doença isquêmica, cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. É também fator etiológico de insuficiência cardíaca, déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, por tanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida das pessoas. (BRASIL, 2013)

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

Estudos estimam que a prevalência global de HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e de Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa. (BRASIL, 2013)

No município Irituia as principais causas de morte são em primer lugar as doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar as neoplasias e depois as doenças infecciosas e parasitárias.A ESF Itabocal esta situada na área rural

do município, sendo 3126 o número de pessoas atendidas, das 435 é hipertensa (13,9%). (Irituia, 2016)

No momento, o processo de trabalho de toda equipe está focado nos grupos prioritários estabelecidos pelo Ministério da Saúde como: hipertenso, diabético, saúde mental, gestante, criança menores de dois anos. Os grupos educativos acontecem de forma esporádica devido à baixa adesão dos usuários.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Tendo em consideração que a Hipertensão Arterial é uma das principais causas de mortalidade e morbidade no Brasil e no mundo, e que na ESF Itabocal do município de Irituia tem uma alta prevalência tornou-se um desafio para a equipe de trabalho desenvolver um projeto de intervenção que contemple de forma integral a promoção/educação em saúde e assim diante a modificação de seus conhecimentos sobre sua doença melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e seus familiares.

### **3 PROBLEMA**

Como modificar os conhecimentos sobre hipertensão arterial sistêmica na população adulta da ESF Itabocal do Município Irituia?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Realizar educação em saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade da ESF Itabocal do município Irituia.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os principais sintomas e fatores de risco para a Hipertensão Arterial da população adulta da ESF Itabocal do município Irituia.
- Desenvolver ações educativas com o objetivo de elevar os conhecimentos sobre a prevenção da Hipertensão Arterial.
- Elevar o nível de conhecimentos sobre as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial sistólica a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg e/ ou pressão arterial diastólica a 90 mm Hg ou mais, em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes, associada, com frequência, a alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo como cérebro, coração, rins e retina.(SILVA e SOUZA, 2004, p. 330).

Apesar de todos os avanços na área da fisiologia cardiovascular, ainda não se conhecem os determinantes primários da hipertensão arterial. Existem várias razões para explicar esse fato, mas fundamentalmente reconhece-se, hoje, que a hipertensão não é uma doença simples com causa única em todos os indivíduos afetados. O estudo dos mecanismos de controle da pressão arterial nas últimas décadas evidenciou grande número de substâncias e de sistemas fisiológicos que interagem de maneira complexa e com redundância para manter a pressão arterial em níveis adequados, nas mais diversas situações fisiológicas. Admite-se, portanto, que a hipertensão arterial resulta da disfunção dos sistemas de controle de pressão arterial. (KRIEGER; IRIGOYEN e KRIEGER, 1999, p. 2).

“Atualmente a Hipertensão Arterial tem sido apresentada como principal causa de morte em todo o mundo” (Cornelissen; Fagard, 2005, p.667). Esta doença pode resultar em graves complicações, se não for tratada e controlada, por isso representa um grande problema de saúde pública, que merece especial relevância em todos os níveis de atenção à saúde.

No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio, que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país. (MAGRINI e MARTINI, 2012, p.356).

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta morbimortalidade, por isso temos que lograr oferecer um tratamento com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, e mudanças no estilo de vida com o objetivo de diminuir ou evitar as complicações e reduzir a pressão arterial. As medidas sugeridas terão impacto significativo na melhora da qualidade de vida

do paciente, para isso é muito importante realizar um diagnóstico precoce da doença o que não requer tecnologia sofisticada.(BRASIL,2013)

A hipertensão arterial constitui a origem de várias doenças cardiovasculares e renais, sendo o principal fator de risco para agravos comuns na saúde coletiva, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, e insuficiência renal crônica. O controle da hipertensão arterial é fundamental para a redução dessas complicações e, apesar dos avanços nos medicamentos anti-hipertensivos, uma grande parcela dos pacientes hipertensos permanece com a pressão arterial fora das metas desejadas. (BRASIL, 2011).

A relação entre os aumentos de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m e a circunferência abdominal < 102 cm para os homens e < 88 para as mulheres. O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável. Mesmo uma modesta perda do peso corporal está associada a reduções na PA em pessoas com sobrepeso, mas o alcance das metas deve ser perseguido. A utilização de dietas radicais, como as ricas em carboidratos ou em gorduras, deve ser desencorajada, pois não são sustentáveis em longo prazo e resultam invariavelmente em abandono de tratamento. O acompanhamento dos indivíduos após o emagrecimento deve ser estimulado com o objetivo de evitar o reganho de peso. Foi demonstrado que manter o IMC abaixo de 25 kg/m preveniu em 40% o desenvolvimento de HAS em mulheres, em um estudo com seguimento médio de 14 anos. (BRASIL, 2010, p.16).

Por ser uma doença que muitas vezes se apresenta de maneira assintomática, a adesão ao tratamento constitui-se um dos grandes desafios para o controle da HAS. O aumento do conhecimento em relação a ela tem sido associado com uma melhor adesão medicamentosa, a melhores respostas a programas de intervenção comportamental e melhor controle da PA. Segundo Riera (2000), dos pacientes que iniciam o tratamento para o controle da HAS, entre o 16% e 50% abandonam a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, tornando-se prioritário aos profissionais de saúde desenvolver e programar estratégias que motivem ao paciente a continuar uma

determinada terapêutica farmacológica ou não, fazendo intervenções com equipe multiprofissional.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos. (BRASIL, 2013, p.21)

A HAS constitui um risco substancial para nossa comunidade, sendo o controle da mesma o centro de atenção do trabalho para diminuir em forma significativa a morbi-mortalidade por doenças cérebro vasculares e renais, para lograr esse controle é indispensável incrementar os conhecimentos sobre a prevenção dos fatores de risco, a prática de estilos de vidas saudáveis relacionados com a alimentação, exercícios físicos e o tratamento adequado.

## 6 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção educativa a ser realizado na Estratégia de Saúde Da Família Itabocal, localizada na área rural do município Irituia, do estado Pará, no período compreendido desde maio até novembro de 2017. A população a participar no estudo será um grupo de pacientes hipertensos de nossa área de abrangência, onde será escolhida uma amostra de 60 pacientes (n=60) selecionados de maneira aleatória pela equipe de enfermagem e médico, com o prévio consentimento deles.

Para realização dessa intervenção, também, serão envolvidos os profissionais da Equipe de Saúde integrada por um Médico Geral Integral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, onze Agentes Comunitários de Saúde, a Nutricionista e o Preparador Físico.

Para isto será desenhado um programa educativo com três sessões de trabalho de 45 minutos de duração, com uma frequência de três em três semanas cada uma, onde se analisaram os diferentes temas. A amostra será dividida em três grupos, de 20 participantes cada um, dependendo da afinidade e possibilidades de assistir aos encontros os quais receberam o mesmo programa educativo por separado na ESF que foi o lugar escolhido para a atividade devido a sua localização na comunidade, de fácil acesso aos participantes do programa educativo, a iluminação do local, comodidade e possibilidades da realização de vídeos-aula. Isto aconteceu todas quinta feiras à tarde no horário de 14h até 14h e 45min.

Na primeira semana serão definidos os pacientes que formaram cada grupo de trabalho, o horário das atividades e o lugar segundo afinidade e possibilidade de assistir. Além disso, será feito o diagnóstico inicial onde se aplicara um questionário (Apêndice Nº. 1), instrumento utilizado para a obtenção dos dados, o qual ajudara identificar o nível de conhecimento inicial que apresentam os participantes sobre aspectos relacionados com a HAS. O questionário constara de cinco perguntas que serão qualificadas segundo a avaliação do questionário (Apêndice Nº.2) onde resultaram aprovados os pacientes com pontuação entre 70 e 100 pontos no questionário em geral e com 14 pontos o mais por perguntas.

A partir da segunda semana será iniciado o programa educativo, trabalhando com um grupo por semana, ou seja, cada grupo terá encontros de três em três semana, deixando assim espaço entre cada um dos encontros para eles refletir sobre o tema tratado, até completar as três sessões de trabalho com um total de nove semanas de aulas. Neste período será passada a informação sobre os principais aspectos que guardam relação com a HAS. No programa educativo aplicado serão utilizadas dinâmicas e instrumentos educativos, o mesmo será conformado da seguinte maneira:

**Plano temático:**

1. Importância de formar parte da intervenção. HAS. Conceito. Fatores de risco e principais manifestações clínicas.
2. Prevenção da HAS e complicações.
3. Diagnóstico da HAS. Importância do tratamento farmacológico e não farmacológico. Conclusões.

**Sessões de trabalho:**

- **Sessão 1:**

**Tema 1:** Importância de formar parte da intervenção. HAS. Conceito. Fatores de risco e principais manifestações clínicas.

**Objetivos:** Explicar aos participantes a importância de formar parte da investigação e motivá-los. Criar relações de afetividade entre as pessoas do grupo. Orientar a forma em que será estruturada a intervenção educativa, falando sobre os temas que serão abordados nas atividades a realizar. Precisar elementos conceituais sobre a doença assim como conseguir que os participantes identifiquem principais fatores de risco e manifestações clínicas.

**Meios:** Notebook, Data show, papel, lápis, borracha, quadro.

**Desenvolvimento:** O orientador vai fazer apresentação para os participantes e explicar a importância da participação deles na investigação. Explicar o objetivo do projeto e a forma do desenvolvimento e quais serão seus temas principais com o propósito de motivar e interessar aos ouvintes pelo mesmo.

Depois começará a sessão com a reprodução de um vídeo que fala sobre que é a HAS, o comportamento da morbimortalidade dela no mundo e no

Brasil, dos fatores de risco para a aparição da doença, como controlá-los, modificá-los e eliminá-los, além dos principais sinais e sintomas, precoces e tardios, que podem alertar ao indivíduo sobre a possibilidade de adoecer. Logo o orientador se aprofundara no tema e o resumo do vídeo.

Nesta sessão será utilizada a técnica de leque, dobrando uma folha de papel onde cada um dos participantes vai escrever em uma dobra um fator de risco e um sintoma da HAS, sem repetir o escrito anteriormente, quando a folha recorra tudo o local, então será realizado a análise coletiva do escrito.

- **Sessão 2:**

**Tema 2:** Prevenção da HAS e complicações.

**Objetivos:** Definir as medidas para prevenir a HAS e como evitar as complicações.

**Meios:** Notebook, Data show, papel, lápis, bola, adesivo.

**Desenvolvimento:** O começo da atividade será fazendo uma consolidação dos conhecimentos abordados na sessão anterior. O orientador fará a introdução do tema e logo apresentara um vídeo sobre as principais complicações da HAS, como evitá-las e algumas dicas para prevenir a aparição de HAS, enfatizando na modificação de fatores de risco e estilos de vida. Depois continuara uma conferencia onde será abordado, discutido e analisado o tema com profundidade.

Para concluir a atividade e exercitar os conhecimentos será utilizada a técnica da bola quente que consiste em que o orientador cola uma tira de papel na bola com uma pergunta sobre um tema escolhido dos já estudados, da para um dos participantes até que o orientador oriente deter a bola, então o participante que nesse momento fique com ela em suas mãos deverá responder a pergunta. Depois será realizado o mesmo procedimento até completar todos os participantes.

- **Sessão 3:**

**Tema 3:** Diagnóstico da HAS. Importância do tratamento farmacológico e não farmacológico. Conclusões.

**Objetivos:** Reconhecer a HAS como doença controlável com o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

**Meios:** Aparelho de pressão, lousa.

**Desenvolvimento:** Será feito uma revisão da sessão anterior de como prevenir a doença e suas complicações fazendo ênfase na modificação de fatores de risco e estilos de vida.

Após a consolidação dos conhecimentos será abordado no grupo como realizar a aferição da pressão arterial e quais são os níveis tensionais considerados no diagnóstico da HAS assim como a importância de conhecer a pressão usual do indivíduo para o diagnóstico e a recomendação de repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS.

O orientador fará a demonstração de como fazer a aferição da pressão arterial enviando aos participantes para depois eles tenham a oportunidade de praticar o procedimento com seus companheiros.

Uma vez acontecido isto o orientador continuará com a explicação ao auditório da importância que tem o diagnóstico precoce e o cumprimento do tratamento contínuo para o melhor controle da doença e evitar as complicações, assim como das medidas não farmacológicas muito importantes também e que geralmente são as mais difíceis de manter pelo paciente como são: adoção de hábitos alimentares saudáveis, controle do excesso de peso, atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo.

Para concluir a atividade a equipe básica de saúde organizará um lanche para os participantes só com aqueles alimentos saudáveis que podem ser consumidos pelos pacientes com HAS.

Na semana numero 11 os participantes do programa serão submetidos novamente ao mesmo questionário para assim avaliar se foram alcançados os objetivos propostos e se houve uma elevação do nível de conhecimento sobre os aspectos relacionados com a HAS que já foram estudados. Na última semana será realizado o relatório do PI onde serão avaliados e apresentados

os resultados do trabalho, o desenvolvimento do PI e se os objetivos propostos foram atingidos ou não.

## 7 CRONOGRAMA

Seguem no quadro abaixo, as etapas e o prazo estipulado para execução do projeto.

<b>Ações</b>	<b>Maio/17</b>	<b>Jun/17</b>	<b>Jul/17</b>	<b>Ag/17</b>	<b>Set/17</b>	<b>Out/17</b>	<b>Nov/17</b>
Apresentação da proposta à equipe de saúde	X						
Levantamento dos dados referentes aos hipertensos	X						
Seleção dos hipertensos alvos da atividade	X						
Treinamento da equipe para se inserir na atividade.		X	X				
Entrega dos convites aos pacientes pelos ACS			X				
Execução do Plano de Intervenção				X	X	X	
Análise dos resultados							X

## 8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários para este projeto se dividem em: recursos materiais, financeiros e humanos, conforme descrito em 8.1 e 8.2.

### 8.1 RECURSOS MATERIAIS E FINANCEIROS

O financiamento será efetivado pela prefeitura municipal.

<b>ITENS DE CUSTEIO (PREFEITURA MUNICIPAL)</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VALOR UNITÁRIO (REAIS)</b>	<b>VALOR TOTAL (REAIS)</b>
<i>Cópias Xerox</i>	80	0.15	12
<i>Caixa de Canetas de 12 unidades</i>	2	12	24
<i>Datashow</i>	1	1500	1500
<i>Resma de papel A4 com 500 folhas</i>	1	15.00	15.00
<i>Computador</i>	1	1100.00	1100.00
<b>Total</b>			2651.00

### 8.2 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por:

- ✓ 11 agentes comunitários de Saúde,
- ✓ 2 técnicos de Enfermagem,
- ✓ 1 enfermeiro e,
- ✓ 1 médico.

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

Com este trabalho esperamos alertar aos pacientes hipertensos, atendidos pela Estratégia de Saúde da Família Itabocal município Irituia sobre a importância de manter o tratamento anti-hipertensivo. Realizar mudança dos hábitos alimentares e estilo de vida dos envolvidos, trabalhando sobre os fatores de risco comportamentais, que são modificáveis e só precisam de maior conhecimento da doença por parte dos pacientes, ensinando a eles a conviver com sua doença e a mantê-la controlada para assim diminuir a incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade, das complicações e melhorar a qualidade de vida da população doente.

A realização de atividades de educação em saúde deve ser ampliada e fazer dela uma ferramenta de trabalho diária.

## 10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Vol. 37. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, 2013.

CORNELISSEN, V. A.; FAGARD, R. H. **Efeitos do treinamento de resistência sobre a pressão arterial, mecanismos reguladores da pressão arterial e fatores de risco cardiovascular**. Hipertensão, v. 46, 2005.

IRITUIA. Secretaria Municipal de Saúde de Irituia. **Plano Municipal de Saúde**. Irituia, 2016.

KRIEGER, Eduardo Moacyr; IRIGOYEN Maria Cláudia; KRIEGER José Eduardo. **Fisiopatologia da Hipertensão**. Revista Sociedade Cardiologia. - São Paulo, v. 9, n. 1, p. 1-2, 1999.

MAGRINI, Weschenfelder D; MARTINI, Gue J. **Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família**. – Revista Enfermería Global, Murcia - Abril, 2012. Disponível em: <http://www.um.es/eglobal>

PEREIRA, Thiago Resende; MELO Renato Soares. **Hipertensão Arterial: alertando sobre os fatores de risco**. - Disponível em <http://www.efdesportes.com/efd173/hipertensao-arterial-os-fatores-de-risco.htm>

Revista Internacional de Ciências Cardiovasculares. **O Entendimento do Paciente sobre Hipertensão Arterial: uma Análise com Base no Risco Cardiovascular**. 2015; 28 (3): 181-188.

RIERA A. R. P. **Hipertensão arterial: conceitos práticos e terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 2000.

SILVA, Jorge Luís Lima; SOUZA, Solange Lourdes de - **Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Monit. Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). **Revista Brasileira de Hipertensão**. Volume 18, nº 02, 2011. Disponível em: <http://www.departamentos.cardiol.br/profissional>

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. BrasCardiol. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2010; 95 (1 supl.1): 1-51. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)

# APENDICES

## **Apêndice Nº. 1 - Questionário.**

- Estimados pacientes, sua participação neste programa será útil para sua vida.

Precisamos você leia as perguntas cuidadosamente, de sua sinceridade vai depender o êxito de nosso trabalho.

### **1. O que é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)? Assinale com uma X sua resposta correta.**

- a) É uma doença aguda, ou seja, com adequado tratamento cura.
- b) É a medida da força feita pelo sangue contra as paredes das artérias.
- c) Caracteriza-se por apresentar valores iguais ou acima de 140mmHg por 90mmHg quando se mede a pressão arterial em repouso.
- d) É uma doença crônica popularmente conhecida como “pressão alta”.
- e) Os valores não variam de acordo como o estado de relaxamento ou agitação do indivíduo.
- f) É uma doença grave e frequente que pode levar a sérios problemas quando não é corretamente tratada.
- g) Os valores podem variar de acordo como o estado de relaxamento ou agitação do indivíduo.
- h) Pessoas de todas as idades podem sofrer de HAS.

### **2. Assinale com uma X dos seguintes fatores de risco e sintomas os que correspondem à HAS.**

- a) Alguns sintomas de HAS são dor na nuca, dor de cabeça, sangramento nasal, tontura e vermelhidão facial.
- b) Outros sintomas da HAS avançada são sangramento vaginal, corrimento e dor.
- c) Os sintomas da HAS costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito: podem ocorrer dores no peito, zumbido no ouvido, fraqueza e visão embaçada.

- d) Pessoas mais jovens costumam ter mais chances de apresentar a doença do que pessoas mais velhas sobre tudo com exposição a vírus e bactérias.
- e) Sabe-se que além da herança familiar, hábitos como comer alimentos com excesso de sal, estresse, peso acima do ideal, sedentarismo e tomar bebidas alcoólicas em excesso, aumentam os riscos de desenvolver HAS.
- f) A idade, doença inflamatória intestinal e a polipose adenomatosa familiar são fatores de risco muito comum na HAS.
- g) HAS é doença traiçoeira, só provoca sintomas em fases muito avançadas ou quando a pressão aumenta de forma abrupta e exagerada.
- h) É uma doença altamente contagiosa que provoca anualmente milhões de infecções por todo o mundo e é caracterizada fundamentalmente por tosse seca, garganta irritada, congestão nasal e dores musculares.

### **3. Assinale com uma X as medidas de prevenção da HAS.**

- a) Reduzir o peso corporal através de dieta calórica controlada: substituir as gorduras animais por óleos vegetais, diminuir os açúcares, aumentar a ingestão de fibras e reduzir o sal de cozinha, embutidos, enlatados, conservas, bacalhau, charque e queijos salgados.
- b) O cigarro e o consumo de álcool diminuem agudamente a pressão arterial e dificultam o desenvolvimento das complicações.
- c) O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de contribuir para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão.
- d) Evite o estresse, ele pode dificultar o controle da pressão.
- e) Pode interromper o tratamento com remédios, sem a orientação do médico, ele não precisa ser necessário por toda vida.

### **4. Assinale com uma X as que você acredite são complicações da HAS.**

- a) Infarto agudo do miocárdio (infarto do coração).
- b) Pneumonia (infecção nos pulmões).

- c) Acidente vascular encefálico AVC (derrame).
- d) Abscesso hepático.
- e) Perda da visão.
- f) Escoliose neuromuscular.
- g) Insuficiência renal (diminuição da função renal).
- h) Diarreias crônicas e desidratação.
- i) Aceleração da aterosclerose (depósitos gordurosos nas paredes dos vasos sanguíneos).

**5. Assinale com uma V se afirmação verdadeira ou F se for falsa.**

- a) Para o diagnóstico da HAS são necessárias várias medidas em momentos diferentes do dia da pressão arterial.
- b) Os controles médicos devem ser periódicos para o acerto das dosagens medicamentosas e acompanhamento da evolução da doença cardiovascular.
- c) O medicamento deve ter alto custo e permitir o maior número de tomadas diárias para ser eficaz e bem tolerado.
- d) Exercitar-se regularmente 30-45 minutos, de três a cinco vezes por semana eleva de maneira considerável a pressão arterial.
- e) O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão, e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações nas atitudes e formas de viver.
- f) O tratamento medicamentoso visa aumentar as doenças cardiovasculares e a mortalidade dos pacientes hipertensos.
- g) Diminuir o peso corporal, o consumo de sal e álcool e abandonar o tabagismo ajudam ao controle da pressão arterial.
- h) Para o diagnóstico da HAS não é preciso conhecer o valor pressórico do paciente.

## **Apêndice No. 2 - Avaliação do questionário.**

### **PERGUNTA 1:Em relação ao conceito de HAS.**

O paciente deve assinalar com uma X as respostas consideradas corretas (itens b, c, d, f, g). O resto dos itens (itens a, e, h) devem ficar em branco para receber a pontuação.

**Valor total da pergunta:** 20 pontos.

**Total de itens:**8

**Valor de cada itens:** 2,5 pontos.

**Pergunta adequada:**6 itens corretos.

### **PERGUNTA 2.Em relação aos fatores de risco e sintomas de HAS.**

O paciente deve assinalar com uma X as respostas consideradas corretas (itens a, c, e, g). O resto dos itens (itens b, d, f, h) devem ficar em branco para receber a pontuação.

**Valor total da pergunta:** 20 pontos.

**Total de itens:**8

**Valor de cada itens:** 2,5 pontos.

**Pergunta adequada:**6 itens corretos.

### **PERGUNTA 3:Em relação às medidas de prevenção da HAS.**

O paciente deve assinalar com uma X as respostas consideradas corretas (itens a, c, d). O resto dos itens (itens b, e) devem ficar em branco para receber a pontuação.

**Valor total da pergunta:** 20 pontos.

**Total de itens:**5

**Valor de cada itens:** 4 pontos.

**Pergunta adequada:**4 itens corretos.

**PERGUNTA 4:** Em relação às complicações da HAS.

O paciente deve assinalar com uma X as respostas consideradas corretas (itens a, c, e, g, i). O resto dos itens (itens b, d, f, h) devem ficar em branco, mas só recebera pontuação os itens corretos.

**Valor total da pergunta:** 20 pontos.

**Total de itens:** 9

**Total de itens com pontuação :**5

Valor de cada itens: 4 pontos.

**Pergunta adequada :**4 itens corretos.

**PERGUNTA 5:** Em relação ao diagnóstico e tratamento da HAS.

O paciente deve assinalar com uma V se afirmação é verdadeira (itens a, b, d, e) ou com uma F se é falsa (itens c, f, g, h). Nesta pergunta todos os itens recebem pontuação se corretamente assinalados.

**Valor total da pergunta:** 20 pontos.

**Total de itens:** 8

**Valor de cada itens:** 2,5 pontos.

**Pergunta adequada:** 6 itens corretos.

**Nota:** Resultaram aprovados os pacientes com pontuação entre 70 e 100 pontos no questionário em geral e com 14 pontos o mais por perguntas.