



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

**YANETSIS LEYVA MARTINEZ**



**PORTFÓLIO FINAL.**

**TEFÉ, AM**

**2017**





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

**YANETSIS LEYVA MARTINEZ**

**PORTFÓLIO FINAL.**

Trabalho de Conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família.

Orientador: Professora Dra.  
Patrícia Maria Barros Thomas  
Médico de Família e  
Comunidade, Programa de  
Residência Médica em Medicina  
de Família e Comunidade

TEFÉ- AM 2017.



**SUMÁRIO**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO -----</b>                               | <b>4</b>  |
| <b>2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO -----</b>                   | <b>6</b>  |
| <b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS -----</b> | <b>14</b> |
| <b>4 VISITA DOMICILIAR-----</b>                         | <b>17</b> |
| <b>5 REFLEXÃO CONCLUSIVA -----</b>                      | <b>22</b> |
| <b>REFERÊNCIAS -----</b>                                | <b>25</b> |
| <b>ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO -----</b>           | <b>27</b> |
| <b>OUTROS ANEXOS-----</b>                               | <b>48</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Yanetsis Leyva Martínez, tenho 42 anos de idade, sou de nacionalidade cubana, Dr.<sup>a</sup> em Medicina graduada da universidade de Ciências Médicas da cidade de Santiago de Cuba, Cuba, no ano 1998. Fiz a especialização em Medicina Geral Integral no ano 2004.

Faço parte do Programa Mais Médico para o Brasil desde o mês de julho de 2016 e atuo atualmente no município Tefé, estado Amazonas. Sua população, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016, era de 62 230 habitantes. Sua área territorial é de 23.808 km<sup>2</sup>, sendo o quadragésimo oitavo maior município do Brasil em área e o vigésimo terceiro do Amazonas.

A área em que hoje pertence ao atual município de Tefé era, nos primórdios, habitada pelos índios, predominantemente as tribos Tupebas ou Tapibas. O nome Tefé, origina-se destas tribos.

O setor mais desenvolvido nesta cidade é o comércio, pois existem uma grande quantidade de pequenas lojas dos setores de vestuário, calçados, eletrodomésticos, móveis, eletroeletrônicos, material de construção, armarinhos, tecidos, estivas e bebidas. A produção de pescado possui grande destaque na economia local. A cidade de Tefé fica localizada próxima às maiores áreas de pesca do Amazonas, devido a isso, é grande a quantidade de empresas instaladas em flutuantes relacionadas à venda e compra de pescado. Estou lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Rossini Barbosa Lima, localizada na comunidade ribeirinha Caiambé. Minha equipe é composta por nove integrantes: uma médica do Programa Mais Médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e dez Agentes Comunitários de Saúde.

A UBS abrange uma população de 1516 pessoas, tendo algumas áreas consideradas de risco pela presença de famílias de baixo nível socioeconômico, também pela ausência de saneamento básico adequado, lugares que alagam com facilidade onde é frequente encontrar um nível de insalubridade maior. Em nossa área há duas escolas públicas, 5 igrejas católicas e duas evangélicas.

As doenças mais prevalentes são as crônicas não transmissíveis como: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doenças cardiovasculares, em menor medida outras infecciosas como: infecções respiratórias agudas, infecções do

trato urinário, parasitoses intestinais, doenças sexualmente transmissíveis, também temos as de causas externas como os acidentes de trânsito.

Mas podemos citar a Hipertensão Arterial Sistêmica como o maior problema de saúde ao que nos enfrentamos nosso dia a dia, não só pela alta prevalência se não também pelo elevado índice de incidência nos últimos anos.

O projeto de intervenção na UBS foi sobre Hipertensão com o título Intervenção educativa para incrementar a adesão ao tratamento não farmacológico em pacientes com hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde Rossini Barbosa Lima. Constitui uma proposta de intervenção para trabalhar com os hipertensos cadastrados da área de abrangência para fornecer informações sobre os riscos de sua doença e promovendo a adesão ao tratamento não farmacológico e redução das complicações,

Cada comunidade tem uma caracterização particular de sua situação de saúde, e a melhora dos indicadores depende muito de nosso trabalho em equipe, o qual foi fortalecido em cada aula oferecida no curso. Minha comunidade estudamos 52 pacientes hipertensos, o objetivo fundamental foi garantir que os pacientes possam adquirir os conhecimentos sobre sua doença. A escolha do tema foi motivada pela alta prevalência de Hipertensos.

## 2. ESTUDO CASO CLINICO

Anamnese.

Sexo: Masculino.

Idade: 46 anos.

Raça: parda.

Grau de escolaridade: ensino fundamental incompleto.

Religião: católica.

Estado civil: casado.

Profissão: Vigia.

Naturalidade: Caiambé. Tefé

Queixa Principal: Dor de cabeça.

HDA.

O paciente MDS de 46 anos de idade vem à consulta o dia 29-05-2017 porque o dia anterior apresentou um quadro de cefaleia, ele foi ao hospital, onde o médico do plantão avaliou, ele explicou que tinha cifras elevadas de pressão arterial, foi prescrito medicamento (captopril 25mg) para baixar a pressão arterial. Relata que depois de uma hora melhorou e o médico recomenda que procurem o médico da UBS onde estava cadastrado para que fosse avaliado e recebesse atendimento contínuo. O paciente refere que ele era hipertenso há mais de cinco anos, com medicamentos prescritos, Losartana potássico (50mg) 12 em 12 horas e Hidroclorotiazida (25mg), depois de um tempo ele decidiu deixar de tomar os medicamentos porque não aceitava ter essa doença e falava para os ACS que sim cumpria com as orientações do médico. Relata que hoje continua com dor de cabeça. Além, disso o paciente nega outra sintomatologia relata que ele quer tomar novamente os medicamentos para a pressão alta.

Interrogatório sintomático por sistema.

Sintomas Gerais: Cefaleia occipital, nega dor precordial, e câimbra. Refere aumento de peso.

Sistema Respiratório: não tosse, nega dispneia e hemoptises.

Sistema Cardiovascular: não dor precordial, não cianoses nem falta de ar.

Digestivo: nega dor, piroses, vômitos, diarreia, constipação.

Sistema geniturinário: não dor lombar, não disúria, não leucorreia.

Sistema Endócrino: aumento de peso, não poliúria, não polidixia.

Sistema Nervoso: não irritabilidade, nem convulsões, não perdas da força muscular, refere cefaleia.

Antecedentes pessoais.

Reações adversas a tratamentos prévios: não.

Sedentarismo: sim.

Tabagismo, álcool, outras drogas: não.

Cirurgias: não.

Antecedentes Fisiológicos.

Antecedentes patológicos pessoais: Hipertensão Arterial.

Antecedentes patológicos familiares: Pai Hipertensão arterial, vivo.

Não tem irmãos e não relacionamento com mãe.

Condições Socioeconômicas.

Alimentação: carboidratos, alimentos gordurosos, temperos industriais e pouco consumo de frutas e verduras.

Convivência: mora com sua esposa, duas filhas, um filho, dois netas, e esposo de sua filha mais velha.

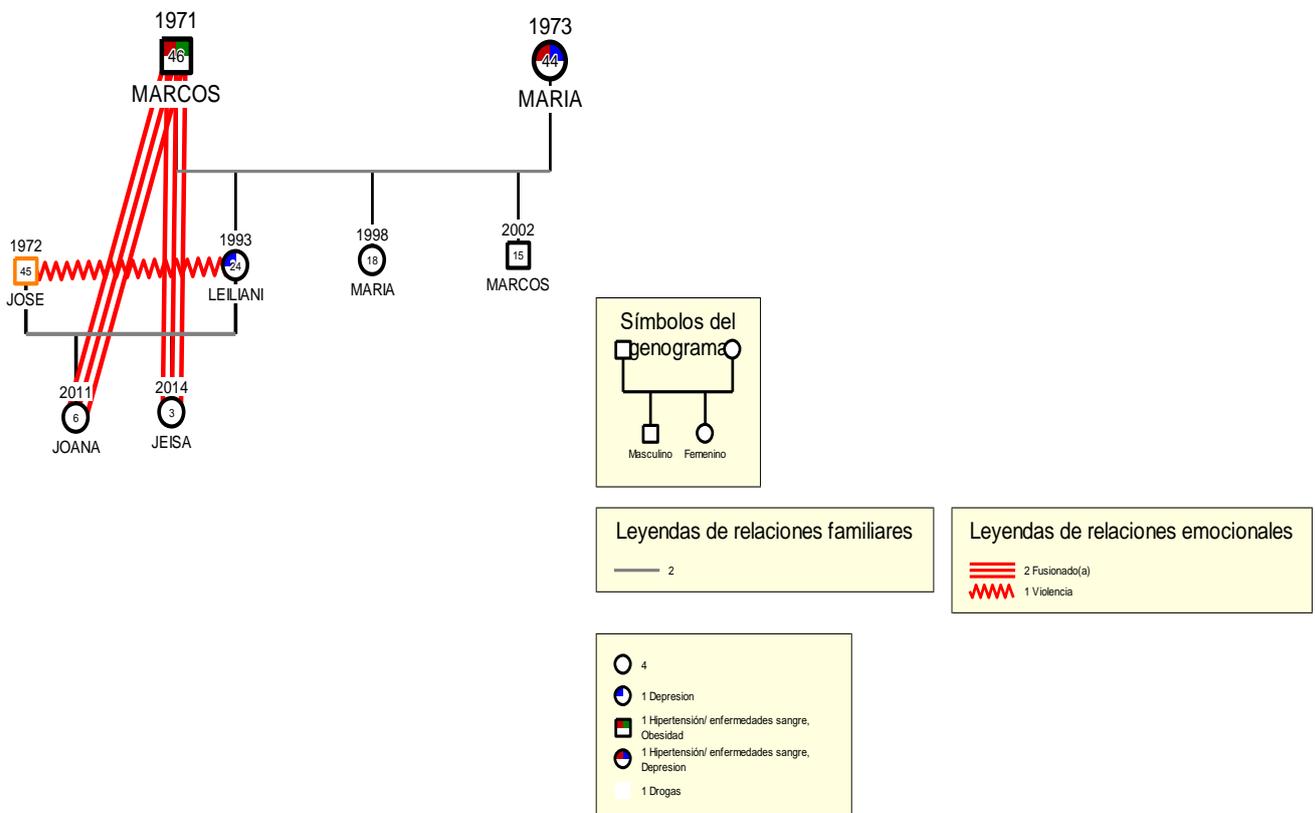
Habitação: Madeira, três quartos, sala, cozinha, um banheiro.

Vida conjugal e familiar: relação de fusão com as netas e normais com demais integrantes da família.

Renda: três salários mínimos

## Genograma.

(Nomes fictícios)



### Exame Físico

Paciente com biótipo brevilíneo, com regular estado geral, orientado no tempo espaço e pessoa, linguagem clara e coerente responde, atitude voluntária, afebril ao toque.

Mucosas: normocoradas e úmidas.

Sinais vitais.

Temperatura: 36°C.

PA: 160/100 mmHg.      FC: 80 bpm.      FR: 20.

Medidas antropométricas:

Peso: 94 kg. Altura: 1.65 cm.

Estado nutricional: IMC (índice de massa corporal) 34 obeso. Classificação do IMC em adultos segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde)

## Cabeça

Facie não características de processo patológico.

## Pescoço

Simétrico, sem deformidades aparentes, ausência de linfadenomegalia retroauricular e cervical, tireóide de tamanho, mobilidade e consistência preservados, não sopro carotídeo, não estase venoso.

## Tórax

Inspeção: Tórax típico, simétrico, respiração torácica, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem.

Palpação: expansibilidade normal; vibrações vocais normais.

Percussão: sem alterações.

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular normal, não estertores nem crepitanes.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, bom tono e intensidade, não auscultam sopro.

## Abdômen:

Inspeção: globuloso, não circulação colateral, não cicatrizes.

Ausculta: Ruídos hidroaéreos normais, não sopros abdominais.

Percussão: Timpânico, sem alterações.

Palpação: não doloroso à palpação superficial nem profunda, não massas, não tumores.

Extremidades: pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos presentes e sincrônicos.

TCS: não infiltrado.

Sistema Nervoso:

Paciente consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa, linguagem clara e coerente, marcha normal, tônus muscular e força muscular preservados. Não parestesia, nem parêstesia.

Pares craniais sem alterações.

Problema:

- Cefaleia occipital
- Hipertensão Arterial descontrolada.
- Obesidade.
- Sedentarismo.

Avaliação:

Paciente com Hipertensão Arterial moderada (estágio 2) segundo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Com vários fatores de risco: obeso segundo IMC, e sedentarismo que favorecem a aparição de Hipertensão Arterial, segundo estudo (Dos Santos e Ferreira.2011) e cefaleia occipital que melhora com a medicação para pressão arterial. Além, disso apresenta a não adesão do tratamento para a Hipertensão Arterial, sendo um fator de risco importante para doenças cardiovasculares, renal e para acidente vascular cerebral (Watanabe, Cesarini, 2015).

Conduta

- Substituir gorduras animais por óleos vegetais.
- Reduzir o consumo de sal a menos de 6 g/dia (uma colher de chá)
- Evitar açúcar e doces.
- Preferir erva especiarias e limão para temperar os alimentos.
- Ingerir alimentos cozidos, assados.
- Utilizar alimentos fonte de fibras (grãos, frutas, cereais integrais, hortaliças e legumes, preferencialmente crus).

-Realizar exercício físico regular, caminhadas durante 30 minutos e incorporasse no grupo de educação física na UBS.

-Participar no grupo de Hipertensão Arterial para receber apoio psicológico, e orientações sobre mudanças de estilos de vida.

- Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) por uma semana.

-Ecocardiograma.

-Radiografia de tórax.

-Bioquímica: colesterol total, glicemia, triglicerídeos, ácido úrico, hematócrito e hemoglobina, cálcio, TSH.

-Encaminhamento para especialista em nutrição.

- Agora: captopril (25mg) um comprimido via oral. Avaliar PA depois de 30 minutos.

Evolução. 29/05/2017 depois de 30 minutos.

PA: 140/90 mmHg.

Tratamento farmacológico:

-Losartana potássico (50mg) um comprimido 12 em 12 horas. Uso contínuo, VO.

-Hidroclorotiazida (25 mg) um comprimido ao dia de manhã. Uso contínuo, VO.

Segundo fluxograma para ao tratamento de Hipertensão Arterial (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016) recomendando tratamento não medicamentoso e combinações de dois fármacos classe-diferentes em doses baixa para Hipertensão estágio 2.

Agendar consulta para o próximo mês.

Evolução 22/06/2017.

Peso: 91kg Altura 1.65 cm PA: 120/80 mmHg.

Paciente com bom estado geral, nega cefaleia e outra sintomatologia. Trouxe resultados de exames complementários.

-Rx do Tórax em PA/P

Coração de forma e dimensões normais.

Pulmões transparentes com desenho vascular normal.

Eletrocardiograma: Ritmo sinusal, sem alterações.

Hb: 12g/dl, Hematócrito: 43,00%, Glicose: 76,00 mg/dl, Uréia: 34 mg/dl.

Creatinina: 0.75 mg/dl, TGO: 17,00 U/l, TGP: 19,00 U/l. Colesterol Total: 240mg/dl, Triglicerídeos: 160mg/dl. Potássio: 4.4mEq/L.

Urina: aspecto limpo, amarelo, claro, piócitos 1 a 2 p/c. Pesquisa Bioquímica. Proteínas: ausentes. Glicose: negativo, leucócitos negativos, hemoglobina ausente, bilirrubina negativo, urobilinogeno normal, nitrito negativo.

Resultado do mapa: 30/5/2017: 140/90 mmHg.10 horas. 31/6/2017: 130/90 mmHg. 10 horas. 1/6/2017: 130/85 mmHg.10 horas. 2/6/2017: 120/80 mmHg 10 horas.3/6/2017 120/80 mmHg 10 horas.

Avaliação: Paciente hipertenso controlado, com perda de peso por cambio na dieta, exames complementários, ECG, Rx de tórax sem alterações exceto colesterol e triglicerídeos apresentando cifras elevadas, diagnosticando uma dislipidemia.

O mapa apresenta o controle gradualmente da pressão arterial chegando a obter cifras adequadas de pressão arterial em uma semana.

Plano

Manter as orientações da consulta anterior.

-Sinvastatina (20 mg) um comprimido 9 horas a noite por um mês.

-Hoje consulta com nutricionista.

-Agendar consulta para agosto.

Consulta Nutricional. 22/6/2017

IMC = 33.8 KG/M<sup>2</sup>. Obesidade.

Orientações sobre dieta saudável.

3/8/2017 Consulta nutricional.

Peso 91.200 kg/m<sup>2</sup> altura: 165cm. (obesidade)

Paciente adulto, apresenta obesidade I, porém já obteve resultado na alimentação.

-Orientada a seguir a dieta.

28/8/2017.

PA: 120/80 mmHg Peso: 91 kg altura: 165cm.

Evolução.

Paciente com bom estado geral, evolução favorável, foi avaliado por nutricionista duas vezes, com resultados satisfatórios com a dieta, Hipertensão Arterial controlada, relata não ter queixa. O paciente aceito sua doença, incorporasse ao grupo de hipertensos e reconhece a importância de uma adequada adesão ao tratamento para evitar as possíveis complicações causadas por a Hipertensão Arterial.

Plano

-Cumprir com as orientações sobre tratamento não farmacológico e farmacológico.

-Solicito exame de colesterol total e triglicérido.

-Agendar consulta de 3 meses em 3 meses.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe (GUSSO; CERRATTI, 2012).

A gestação encontra-se entre os primeiros motivos de consulta em Atenção Primária à Saúde (APS). Caracteriza-se por um período de grandes transformações e que requer adaptação à chegada do novo membro da família. Constituindo-se, assim, um momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde através da consulta de pré-natal.

O pré-natal é o conjunto de consultas ou visitas programadas da mulher gestante com o médico e sua equipe de saúde para um acompanhamento adequado, para educar, orientar, rastrear situações de riscos e tratar intercorrências que possam interferir no bem-estar do bebê e da mãe (BRASIL, 2013).

Em nossa UBS a equipe trabalha no planejamento, execução e avaliação dos programas entre eles atenção pré-natal. A referida UBS fica em uma comunidade ribeirinha longe da cidade, temos sempre um grande número de gestantes, o que representa um desafio. A maioria delas é adolescente e outras com idade acima de 35 anos, algumas moram em comunidades longes, costumam procurar atendimento tardiamente, não realizam os exames na data certa e muitas estão faltosas a mais de uma consulta além de baixa escolaridade, baixa renda, no contexto socioeconômico.

Sugere-se que as atividades educativas às gestantes e familiares sejam norteadas por um referencial pedagógico que possibilite um movimento participativo, onde o coordenador do grupo funcione como um mediador entre os participantes (GUSSO; CERATTI, 2012).

Para enfrentar estas situações de saúde, além das consultas e visitas domiciliares, a equipe forma um grupo de gestantes favorecendo a troca de

conhecimento entre profissionais e gestantes e entre elas próprias, constituindo o grupo como uma rede de apoio para:

- Beneficiar a expressão de suas dúvidas e temores comuns na gestação;
- Orientações sobre direitos sociais e trabalhistas;
- Conversar sobre amamentação, sobre as dificuldades que podem surgir e como manejá-las;
- Orientar sobre sintomas de trabalho de parto;
- Estimular uma visita previa à maternidade, se possível;
- Informar sobre a importância do pré-natal;
- Conversar sobre sexualidade;
- Alertar para não consumo de bebidas alcoólicas, tabacos ou drogas;
- Evitar o uso de medicamentos sem orientação médica e;
- Orientar sobre suplementação de ferro e ácido fólico.

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde no Brasil. A prevalência varia conforme faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. As gestantes Cerca de 10 ou 15 % o acabam desenvolvendo Hipertensão Arterial gestacional (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Porém é importante a realização de um pré-natal adequado e com qualidade para identificar as gestantes com fatores de riscos para desenvolver a Hipertensão Arterial gestacional ou aquelas com Hipertensão Arterial Crônica para realizar ações de prevenção, educação e promoção de saúde para evitar complicações Maternas entre elas Coagulopatia/Síndrome Hellp, Edema pulmonar, Insuficiência renal aguda, Eclampsia, insuficiência hepática ou hemorragia, AVC, Morbidade cardiovascular em longo prazo. E neonatal: prematuridade, restrição de crescimento fetal, hipóxia com lesão neurológica, morte perinatal, morbidade cardiovascular em longo prazo associada ao baixo peso ao nascer (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

Os fatores que podem causar o desenvolvimento da doença são os relacionados com as condições sociais, econômicas, antecedentes familiares de doenças e de alimentação. Portanto é indispensável que os profissionais da equipe mantenham o conhecimento atualizado a respeito dos fatores de riscos (MOURA et al. 2010).

As gestantes da área de abrangência da UBS Rossini Barbosa Lima em sua maioria têm presentes esses fatores. Nas consultas pré-natais, visitas domiciliares e no grupo de gestantes sempre se recomenda orientação nutricional de acordo com a realidade socioeconômica e são encaminhadas a um especialista em nutrição.

O consumo de sal deve ser atenuado para evitar a retenção de água para impedir edema e hipertensão arterial. A alimentação deve ser balanceada, diversificada, enriquecida com vitaminas, minerais, proteínas e gordura:

- Orienta-se sobre a necessidade imediata de mudanças de hábitos de vida, eliminação do tabagismo e/ou álcool;
- Evitar o sedentarismo realizar caminhadas ou exercícios aeróbicos;
- Dormir em decúbito lateral esquerdo;
- Prescrição de aspirina em doses baixas (60 mg) a partir da 14<sup>a</sup> semana (durante a consulta).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano 1998 definia prevenção da doença como “Medidas destinadas não somente a prevenir a aparição de doenças, tais como a redução de fatores de riscos, sendo também para evitar seu avance e atenuar suas consequências uma vez estabelecidas”. Portanto a prevenção não só implica promover saúde através da educação em saúde para reduzir os fatores de riscos, mas também e trata oportunamente de um doente, reabilita e evita complicações e sequelas de seu padecimento.

#### 4. VISITA DOMICILIAR

No Brasil hoje a principal causa de mortalidade é devida a uma doença crônica não transmissível (DCNT) para homens a causa seguinte é a violência, alcançando 18% (contra apenas 5% nas mulheres); a segunda causa é grupo formado pela mortalidade materna, infantil e doenças transmissíveis alcançando 15% (DUNCAM, 2013).

Para enfrentar estas situações de saúde a Atenção Primária de Saúde (APS) conta com uma ferramenta: a Visita Domiciliar permitindo a priorização o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas são geralmente programadas e utilizadas com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações (GUSSO; LOPES, 2012).

Esta ferramenta garantiu o cumprimento dos atributos da APS, por exemplo, propicia a acessibilidade à utilização do serviço pela população tanto para o paciente que poder chegar ao posto de saúde, como para quem não pode chegar por distintas situações. Contribui com a continuidade do cuidado e o estabelecendo o vínculo com o paciente e a família. A equipe pode identificar problemas e necessidades de saúde apresentados pelos indivíduos, seja resolvendo-as ou as encaminhando para outros serviços de atenção secundários e/ou terciários.

A Visita Domiciliar é uma estratégia que facilita a realização ações de promoção, prevenção de doenças crônicas, mudanças de estilos de vidas, promoção de atividades físicas, eliminação do tabagismo, educação em saúde e busca ativa dos pacientes ausentes, da população de sua área de responsabilidade geralmente vinculada à vigilância da saúde.

Na UBS Rossini Barbosa Lima se realizam as visitas todas as sexta-feira de manhã, estas são previamente agendadas, exceto aquelas situações de emergência que se fazem no momento os pacientes precisam. Os ACS, durante suas visitas, identificam algum paciente que necessite da visita médica, ou o cuidador que solicita a visita, ou a médica quando um cuidador vai a procura dos medicamentos de usuário de saúde mental que não pode chegar à Unidade Básica de Saúde (UBS).

As visitas são programadas durante a reunião da equipe, e se discutem os casos e se dá prioridade segundo as condições clínicas do indivíduo. Realiza-se a anamnese ao cuidador sobre o problema de saúde do familiar, busca do prontuário para conhecer os antecedentes de saúde ou patológicos, situação da família, ter clara atenção que se vai oferecer se é assistencial, busca, vigilância, ações educativas, e organizar o material necessário para visita: esfigmomanômetro, glicômetro, material para curativo caso o paciente precise.

A médica junto a equipe identifica a lista de problemas e estabelece o plano de cuidados para o paciente e a família, a frequência de visitas e envolvimento de outros especialistas, caso necessário, como por exemplo: psicólogos, fisioterapeutas, ou encaminhamentos para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município. Não temos dificuldade na UBS para a realização das visitas domiciliares.

Por exemplo, visitas a puérperas, busca de recém-nascidos, busca ativa dos programas de prioridades como no caso dos pacientes com HAS, abordagem familiar para diagnósticos e tratamento, cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis, por exemplo, pessoas portadoras de doenças crônicas que apresentem dependência física, paciente em fase terminal, idosos com dificuldades de locomoção, ou morando sozinhos, egressos do hospital, que necessitem de acompanhamento, pacientes com doença mental com dificuldade de locomoção ou adequação ao ambiente.

Assim, o espaço-domicílio das famílias, comunidades e seu contexto passam a ser considerados e se tornam alvos estratégicos de investigação. O que oportuniza, em todas as situações, uma possibilidade de incentivo à promoção e à prevenção da saúde mediante a educação em saúde de maneira particularizada. E isto é importante na prevenção de institucionalização de crianças, na abordagem de famílias de risco, multiproblemáticas, nos casos de violência, na presença de adolescentes delinquentes ou usuários de drogas (BRASIL, 2013).

Existem doenças agudas que impossibilitam o paciente chegar a UBS e também precisam de um acompanhamento contínuo através da atenção domiciliar para evitar agravos e reduzir internamentos desnecessários.

Na atenção pré-natal a visita domiciliar é de suma importância para todas as grávidas de alto risco ou baixo peso e para as que não comparecem às consultas agendadas. Fazer ações de promoção de saúde, identificar riscos, conhecer a dinâmica familiar, para uma adequada adesão ao tratamento. Como, por exemplo, os antianêmicos orais, ou tratamento de infecções urinárias que são muito frequentes na gravidez. Além de incentivar para que cumpram com as orientações dos profissionais da saúde. A visita domiciliar é o complemento das consultas médicas onde se avalia se os pacientes cumprem com as orientações dadas ou não.

A visita domiciliar às puérperas e recém-nascidos é básico para qualidade de vida de mãe e filho. Bem como, para o processo educativo, promoção de saúde, para identificar as necessidades mais reais destas mulheres no ambiente domiciliar, esclarecer dúvidas, minimizar temores e fatores de riscos, orientar sobre aleitamento materno, e ainda se a família realiza os cuidados adequados para a mãe e o recém-nascido. Serve também para avaliar o estado de saúde da mãe e bebê, diagnosticar doenças precoces que podem ocorrer nesta fase e evitar agravos. Orientar sobre as consultas de puericultura e cuidados puerperais.

Para a realização desta atividade realizou-se a visita domiciliar a uma paciente portadora de uma doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com uma inadequada adesão ao tratamento.

A proposta da visita foi realizada pela médica na reunião da equipe, e realizada por meio do “Projeto Terapêutico Singular”. E uma das metas foi fazer visitas domiciliares com mais frequência e explicar com mais detalhes todos os riscos para sua saúde, caso não cumprisse não todas as recomendações dos profissionais e se não fizesse exames que pudessem diagnosticar doenças ocultas.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pelo acompanhamento da família avisou à paciente e família que sexta-feira seria a visita e agendou a mesma.

Durante a reunião, discutiu-se acerca da situação da paciente e o histórico da doença atual junto à enfermeira. A visita foi realizada pelo ACS, enfermeira e a médica.

A médica, enfermeira e ACS revisam o prontuário e reúnem todos os dados sobre a pessoa ou a família que irão visitar para ciência das condições de manejo do problema de saúde.

O paciente de 46 anos, trabalha como vigia, com antecedentes patológicos pessoais de Hipertensão Arterial, com tratamento prévio de losartana potássico (50 mg) e hidroclorotiazida (25 mg), com inadequada adesão ao tratamento, obeso, e com dificuldade de aceitação de sua doença. O mesmo é casado, mora com sua esposa, duas filhas, um filho, dois netas, e esposo de sua filha mais velha.

O paciente iniciou consulta há três anos no posto de saúde por Hipertensão Arterial, mas não comparece regularmente às consultas planejadas com a médica e enfermeira. Ele afirma que não tem tempo para comparecer às consultas, também e não compreendia a importância de tomar os medicamentos para a Hipertensão, defendendo que não estava doente.

Durante a visita coletam-se dados para realização do Genograma nesta coleta, descobriu-se que o paciente não tem vínculos com sua mãe desde que nasceu.

Portanto, houve identificação das condições estruturais, socioeconômicas do domicílio e a convivência familiar, já descrita no caso clínico.

Realizou-se a Anamnese e exame físico, com maior ênfase no sistema cardiovascular e respiratório.

Avaliação: Paciente com Hipertensão Arterial moderada (estágio 2) com vários fatores de risco: obeso segundo IMC, sedentarismo e não adesão ao tratamento.

Plano

Realização de uma conversa, neste caso com a filha e esposa sobre a situação de saúde do paciente, que precisa de sua ajuda para uma adequada adesão ao tratamento e uma mudança de estilos de vida.

Dão-se recomendações sobre mudanças de estilos de vida para prevenção de agravos da doença (REZA; NOGUEIRA, 2008), tais como:

- Realizar exercício físico (caminhar, correr, ou andar de bicicleta);
- Controle do estresse através de técnicas de relaxamento (exercício de ioga, meditação, por exemplo);
- Controle de peso: comer em horas exatas, evitar comer entre horas, controle de peso periodicamente, de preferência semanalmente;
- Evitar consumo excessivo de café;
- Realizar dieta balanceada com diminuição do sal (ou eliminação) com preferências a frutas e vegetais;
- Orienta-se sobre o cumprimento do tratamento farmacológico explicando sua importância e a realização de todos os exames;
- Informa-se a família sobre a importância da realização da entrevista familiar da psicóloga, para que a família (e o paciente) compreenda (m) melhor a necessidade de um atendimento adequado para seu bem-estar e de sua família;
- Cumprir com o tratamento farmacológico prescrito na consulta.
- Orienta-se sobre o calendário de consulta na UBS. Após a visita, realiza-se um registro claro no prontuário e se realiza um plano de visitas para o ACS o que é de extrema importância para que o paciente recupere sua saúde alcançando uma melhor qualidade de vida.

Tendo em vista que, a hipertensão arterial é uma doença que acomete grande parte da população. E que alguns usuários apresentam dificuldades para a locomoção, conforme visto, ou moram longe da unidade, a idade influencia ou mesmo condições de saúde desfavoráveis que os impede de

chegar ao posto de saúde, além de outros fatores que dificultam a adesão ao tratamento ou sua manutenção. Dessa forma, a Visita Domiciliar (VD) é fundamental para que os pacientes tenham acesso ao sistema de saúde e a uma atenção médica singular junto à sua família, que é de importância significativa para a recuperação da saúde de um paciente e para que este alcance uma maior qualidade de vida.

Daí a necessidade da equipe realizar uma busca ativa e visitar nos domicílios esses pacientes para efetivar o controle dos níveis de pressão, identificar os fatores relativos à evasão do tratamento e ratificar a importância da adesão e orientação quanto aos hábitos de vida saudáveis, bem como conhecer a realidade de vida desses pacientes.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Este estudo, aliado ao trabalho prático ao longo do curso, permitiu-me observar de perto da realidade da população da área de abrangência da minha UBS Rossini Barbosa Lima. Aspectos importantes, para que se compreenda seu meio e suas vivências, tais como: habitação; saneamento básico, economia; hábitos alimentares, que influenciam diretamente, por exemplo, nos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, patologias do sistema digestivo, parasitoses intestinais, recorrentes no atendimento em minha unidade de saúde, etc.

Desta forma, ao conhecer a fundo a realidade de atuação no âmbito periférico do município, identificou-se forte desconhecimento a respeito dos riscos modificáveis e a importância dos bons hábitos de saúde e alimentação dos moradores de minha área de abrangência, dentre outros.

O estudo permitiu ainda, no âmbito de promoção e prevenção de doenças na Atenção Básica (AB), verificar, conforme já abordados, o considerável número de gravidezes na adolescência, bem como após os 35 anos de idade e ainda a incidência de gestantes que iniciam o pré-natal tardiamente. Questões como essas relacionadas ao contexto socioeconômico: baixa escolaridade e baixa renda.

E ainda planejar ações para evitar a propagação de doenças ou tratá-las de maneira humanizada, singular (utilizando-se do PTS) e contínua por meio da Visita Domiciliar (VD) que faz com que a equipe de saúde interaja com a família do paciente, reforçando a importância do apoio fraterno domiciliar para a adesão e/ou manutenção do tratamento. Esta ação, somada à conscientização da população sobre a importância do controle da doença crônica, terapia medicamentosa correta, mudanças na rotina, hábitos de vida saudáveis e prática de exercícios físicos, contribui para a melhora do quadro clínico dos pacientes com HA da nossa área de abrangência.

Em virtude de os pacientes com doenças crônicas necessitarem de um acompanhamento constante para uma adequada adesão terapêutica, prevenção de agravos e para uma atenção integral, observei que a VD se faz

facilitadora deste processo. Bem como para a integração da família em seu processo de recuperação, como no caso do paciente portador de HAS, estudado no caso clínico, que demonstrou que o vínculo do médico e sua equipe com o núcleo familiar, observando de perto a realidade de suas condições de vida, facilitam a individualização do atendimento com recomendações mais específicas e mais certeiras possíveis.

A respeito disso no âmbito da AB, atentar para ações de prevenção da Hipertensão Arterial Gestacional que pode gerar complicações, tanto à mãe quanto ao bebê no período gestacional. Esta prevenção de doenças, na prática, leva a efetivação de medidas educativas para redução dos riscos modificáveis, mas também tem o importante papel de reabilitar o doente, livrando-o de sequelas ou maiores complicações.

O trabalho de conclusão de curso me leva a concluir que os fatores inerentes aos casos de doenças podem ser manejados através de intervenções dentro de um planejamento adequado buscando uma melhoria das condições de saúde da população acometida por estas doenças

Nesse contexto, o presente trabalho oportunizou-me a percepção da necessidade de uma atuação intensificada da Equipe de Saúde da Família no apoio extensivo e incentivo às práticas de saúde, através de dinâmicas de educação em saúde, enfatizando informações acerca dos temas e esclarecimento de dúvidas por meio das ações educativas, durante as consultas e visitas domiciliares.

## BIBLIOGRAFIA

Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://new.paho.org>.

Sistema renina angiotensina, novas evidências na fisiopatologia da hipertensão: importância para a prática clínica. Ingrid Kazuemizuno Watanabe, Dulce Elena Cesarini. Revista sociedade de cardiologia do estado de São Paulo. Volume 25 no 1

Hipertensão arterial e fatores de risco associados: uma revisão de literatura... Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelas alunas Cristiane Maria dos Santos Delgado e Luciene Maria Ferreira da Silva.

Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 107, Nº 3, Supl. 3, setembro 2016.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT M.I.; VICTORA, C. G.; BARBOSA, J. Condições de Saúde da população brasileira. *In*: DUCAM (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. pp. 2-10.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, prevenção e prática. Porto alegre: Artmed, 2012, vol.1

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

REZA, C.G; NOGUEIRA, M. S. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. Esc Anna Nery RevEnferm., jun. 2008; 12 (2): 265. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a10>>. Acesso em 17 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

FREIRE, C. M.V.; TEDOLDI, C. T. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. vol.93 n.6 supl.1 São Paulo, dez. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001300017>>. Acesso em 7 nov. 2017.

GUSSO, G.; CERRATTI, J.M (Orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed 2012.

MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA C. G. S.; DAMASCENO A. K. C.; PEREIRA, M. M  
Q. **Fatores de risco para Síndrome Hipertensiva Específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia**. CogitareEnferm. 2010 Abr/Jun; 15(2):250-5 Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/17855/11650>>. Acesso em 7 nov. 2017.



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

**YANETSIS LEYVA MARTINEZ**

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA INCREMENTAR A ADESÃO AO  
TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES COM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ROSSINI  
BARBOSA LIMA.



**TEFÉ-AM.**

**2017**



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

## **YANETSIS LEYVA MARTINEZ**

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA INCREMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ROSSINI BARBOSA LIMA.

Projeto de Intervenção do curso de  
Especialização em Saúde de Família.  
Orientadora Professora Patrícia  
Barbara Dias

**TEFÉ-AM**

**2017**

## RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública cujo controle precisa ser de forma continuada, para a prevenção de alterações irreversíveis no organismo relacionado à morbimortalidade cardiovascular. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, seja ele medicamentoso ou não. Portanto, o presente projeto tem por objetivo contribuir para aumentar a adesão ao tratamento não-medicamentoso pelos portadores de HAS da UBS Rossini Barbosa Lima, aperfeiçoando a prática da educação em saúde pela Equipe Saúde da Família e aumentando o nível de conhecimento dos portadores de HAS sobre sua patologia e os agravos que os acometem.

O estudo é composto por 52 pacientes adultos com Hipertensão Arterial da Unidade Básica de Saúde; os pacientes incluídos têm que residir dentro dos limites da UBS assistindo da forma voluntária, serão realizadas entrevistas individuais, semanais, com os pacientes portadores de HAS, assim como serão agendados encontros em grupo, de 15 em 15 dias, com no máximo 20 pacientes por encontro. Ainda serão realizadas reuniões com a Equipe de Saúde da Família, para reavaliação das ações e aperfeiçoamento das práticas realizadas no atendimento aos portadores de HAS da comunidade em questão. O aumento do número de pacientes com PA controlada servirá de parâmetro para avaliar a eficácia da intervenção

São necessários recursos humanos e materiais; os dados obtidos serão processados de acordo com os métodos de estatísticas descritiva, com o objetivo de informar aos pacientes sobre a doença promovendo a adesão ao tratamento não farmacológico e redução das complicações, desenvolvendo melhoria em os pacientes, aperfeiçoando seu conhecimento sobre a doença e aumentando qualidade de vida.

## SUMARIO

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 1) INTRODUÇÃO-----            | 29 |
| 2) OBJETIVOS-----             | 31 |
| 2.1 OBJETIVOS GERAIS          |    |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS     |    |
| 3) REVISÃO DE LITERATURA----- | 32 |
| 4) MÉTODOS-----               | 37 |
| 5) RECURSOS NECESSÁRIOS ----- | 39 |
| 6.1 RECURSOS HUMANOS          |    |
| 6.2 RECURSOS MATERIAIS        |    |
| 6) CRONOGRAMA-----            | 40 |
| 7) RESULTADOS ESPERADOS-----  | 41 |
| 8) REFERÊNCIAS -----          | 42 |
| ANEXOS                        |    |

## 1. INTRODUÇÃO

Diante as consultas realizadas na UBS Rossini Barbosa Lima, onde atualmente estou lotada no município de TEFE, estado AMAZONAS, há falta de conhecimento do paciente e seus familiares sobre enumeras doenças e especificamente a Hipertensão arterial, seus costumes, e estilo de vida que devem ser cambiadas para poder prevenir e controlar a doença, representando um importante problema de saúde no Brasil, devido ao seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos que sofrem estas doenças e do alto custo de seu tratamento.

As doenças cardiovasculares formam parte das patologias que causam mais complicações e mortes a nível mundial, no qual, com o passar dos anos há provocado um grande impacto na qualidade de vida da população, assim como elevados custos, tanto para o sistema de saúde como para a sociedade. Uns dos principais fatores de risco para desenvolver alguma doença cardiovascular é a Hipertensão Arterial (HTA), patologia que afeta aproximadamente a cinquenta milhões de pessoas no mundo. (SOCIEDADE 2010)

A Hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível determinada por elevados níveis de pressão sanguínea. O começo da HTA depende da interação entre a predisposição genética (antecedente familiar) e os fatores ambientais como antecedentes alimentícios, psicossociais, câmbios antropométricos (peso), dislipidemia, tabagismo, Diabetes Mellitus (DM), nefropatia, cardiopatias, níveis elevados de ácido úrico, pré-eclâmpsia, entre outro. A HTA é uma patologia claramente relacionada como principal fator de risco independente e modificável para a insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovascular, insuficiência renal crônica, retinopatia, deterioro cognoscitivo, ateroscleroses periférica entre outros, razão mais que suficiente para implementar medidas encaminhadas a sua detecção precoce, melhorar o tratamento adequado, prevenir o dano nos órgãos alvos e com este lograr que um número cada vez mais alto de pacientes sejam adequadamente controlados. A adesão ao tratamento não farmacológico está intimamente relacionada ao reconhecimento, aceitação e adaptação à condição de saúde, bem como a identificação nos fatores de risco no estilo de vida e ao desenvolvimento de autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis. (Ribeiro et

al, 2012)

Define-se a adesão ao tratamento como a colaboração efetiva e comprometida das equipes da saúde, de o próprio paciente e de sua família, que devem levar a resultados ótimos e efetivos no manejo da HTA, realizando cumprimento passivo das indicações dadas pela equipe de saúde evitando o abandono do tratamento e acolhendo a consultas programadas.

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo não farmacológico como a prática de exercícios físicos, alimentação saudável (aumentar ingestão de frutas, vegetais, legumes) alto consumo de alimentos salgados, frituras, embutidos, também com muita farinha, e bebidas adoçadas) o controle do peso, evitar a ingestão de álcool, o estresse, evitar o tabagismo, tem como consequências complicações médicas psicossociais e redução da qualidade de vida. Esta situação nos leva a refletir sobre a necessidade de incrementar ações de promoção em saúde, visando prevenir as consequências negativas de morbimortalidade cardiovasculares. (PALACIOS ORTIZ, et al 2013)

O nível de conhecimento e educação alcançado pelos pacientes é tratado em diferentes estudos, considerando os baixos níveis de escolaridade fator determinante para limitar o acesso à informação, as pessoas com baixos níveis de educação não querem trocar estilo de vida e demoram a procurar assistência médica, considerando a educação do paciente como um componente essencial no cuidado da hipertensão Arterial e evitando complicações, reduzindo a carga de atendimento clínico. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. 2009)

Além disso, nosso objetivo é fazer uma proposta de trabalho de educação de saúde para melhorar a qualidade de vida destes pacientes, ofertar outras possibilidades de viver que tenham mais saúde, para assim alcançar seu controle, e evitar complicações das doenças.

## **OBJETIVOS**

### Geral

Promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo não farmacológico por meio de ações educativas, nos pacientes acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Rossini Barbosa Lima do município Tefé, Estado Amazonas.

### Específicos

Identificar os pacientes hipertensos com dificuldade na adesão ao tratamento não farmacológico.

Desenvolver ações educativas com os pacientes hipertensos, visando melhorar sua adesão ao tratamento não farmacológico para o controle da doença e prevenção das complicações.

Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco da hipertensão arterial antes e depois da intervenção educativa.

## **JUSTIFICATIVA**

Na Unidade Básica de Saúde Rossini Barbosa Lima, por meio das consultas e visitas domiciliares na comunidade, foi identificada uma alta prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial descontrolada, pela falta de adesão ao tratamento não farmacológico, é por este motivo surge a idéia de desenvolver ações educativas que contribuam a sua conscientização sobre a doença e os fatores de risco visando lograr mudanças no seu estilo de vida, um adequado controle da pressão arterial e evitar complicações

## REVISÃO BIBLIOGRAFICA

A hipertensão arterial sistêmica é uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular (Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007), ela tem uma origem multifatorial.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2003), estudo realizado pela OMS ressalta como prejuízos do não-cumprimento do tratamento, as complicações médicas e psicossociais da enfermidade, a redução da qualidade de vida dos pacientes, a maior probabilidade de resistência aos fármacos e o desperdício dos recursos assistenciais.

O aumento dos níveis pressóricos nos pacientes é comum no dia a dia das equipes de atenção primária, portanto esse tema merece atenção de todos, a fim de evitar condutas precipitadas e a hipermedicalização. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) fala que a rotina do controle da pressão arterial (PA), muito comum nas Unidades Básicas de saúde e depende muito do próprio paciente.

A não aderência ao tratamento é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos que atuam na área de saúde o que eleva os custos substanciais, pelas baixas taxas de controle alcançadas em todo o mundo, que acabam aumentando a morbimortalidade.

A não adesão ao tratamento tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento em saúde e aposentadorias por invalidez (SANTA. H., Ernani T et al., 2010).

São muitas as complicações da hipertensão arterial, que levam o paciente a requerer cuidados médicos de muito alto custo tanto para eles como para o sistema, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálises e, até mesmo, transplante dos rins. No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais causas de internações hospitalares e, reconhecidamente, envolvem custos elevados. (COSTA et al, 2007, apud OLIVEIRA, 2014)

O tratamento não-medicamentoso pode controlar a hipertensão leve quando associado com o tratamento farmacológico, pode melhorar o controle do paciente com hipertensão moderada/grave. A boa adesão ao tratamento não-

farmacológico e ao tratamento farmacológico da hipertensão constitui tarefa difícil para médico e paciente. Existem várias medidas não-farmacológicas que, quando praticadas, resultam em grande benefício em relação ao controle da pressão arterial e comorbidades comumente encontradas no paciente hipertenso.

Dentre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto na pressão arterial, merecem destaque a redução do peso, a redução do sódio da dieta e a prática regular de atividade física.

Em relação à perda de peso, já foi demonstrado que pequena perda (~5 por cento do peso total) resulta em melhor controle da pressão arterial e das alterações metabólicas associadas e em regressão da hipertrofia cardíaca. A redução moderada do sal da dieta (<6 g/dia) resulta em queda significativa da pressão arterial no paciente hipertenso. O benefício da atividade física no tratamento da hipertensão arterial até recentemente ainda não estava bem estabelecido; porém, novos estudos têm demonstrado que a prática de exercícios do tipo isotônico de carga moderada resulta na redução sustentada da pressão arterial. Outras medidas, tais como suplementação de potássio e aumento do consumo do ácido graxo ômega 3, também resultam em queda da pressão arterial (LOPES et al, 2003).

O esforço conjunto de equipe multidisciplinar no sentido de entender melhor os pacientes e o empenho no sentido da mudança de estilo de vida podem resultar em melhor controle da hipertensão e em redução do risco cardiovascular global.

Muitos fatores predisõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial: Fatores genéticos, A herança genética é o único que não é modificável., condicional de pressão arterial elevada (história familiar); estilo de vida (conduta ou comportamento), tabagismo, sedentarismo, obesidade, alimentos (ricos em sal e gordura) consumo excessivo de álcool; fatores ambientais: Consumo de água doce que contém excesso de sódio, estresses ambientais (ruído); e fatores psicossociais: tipo de personalidade (tipo de estresse emocional, estresse ocupacional).

Hereditariedade: Várias observações clínicas confirmam a importância do fator genético na origem da Hipertensão Arterial, de pais para filhos uma tendência

ou predisposição para níveis elevados de pressão arterial é transmitida, mas o seu mecanismo exato é desconhecido. (Madeira, et.al, 2002)

Idade e raça: O aumento da expectativa de vida na maioria dos países tem levado a uma grande quantidade de pessoas se deslocam em direção a velhice. Isso se traduz em um aumento de pessoas hipertensas nos anos desde que foi demonstrado que a incidência de hipertensão aumenta com a idade, quase 50% da população acima de 60 anos de idade possuem. Os estudos de prevalência na maioria dos países são entre 15 e 30%. Sabe-se que a pressão arterial tende a aumentar ao longo da vida. Os demais, como ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação. Portanto a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de vida saudável.

Em relação à raça, apenas observa-se que os negros são duas vezes mais propensos a desenvolver hipertensão do que os brancos, além de ter um prognóstico pior. Em uma tentativa de explicar essas diferenças raciais foram emitidas várias hipóteses que envolvem alterações genéticas.

Estresse provoca um aumento transitório da pressão arterial, um efeito que é adicionado a um fundo de resposta exagerado a ativação simpática. A tendência à ansiedade e depressão, conflitos de autoridade, o perfeccionismo, o estresse constante, desconfiança e agressividade, são importantes e devem ser levados em conta ao avaliar um paciente com hipertensão. Induzir um aumento do risco de hipertensão atividades profissionais que levam ao estresse, o tamanho excessivo da família, superlotação, ambientes psicossociais adversos. Os fatores psicossociais contribuem para uma série de danos à saúde. Estas tensões são muitas vezes condicionadas por vários fatores que vão desde a personalidade ao sistema socioeconômico em que vivemos. (SALAZAR, 2005)

Existem múltiplas intervenções não-medicamentosas para diminuir a hipertensão arterial. A pessoa portadora da hipertensão e a realização do autocuidado dependerão de alguns fatores, como por exemplo, a percepção e o significado e experiência com a doença em seu grupo familiar. As ações da equipe de saúde, principalmente a de enfermagem no combate a hipertensão arterial, devem seguir algumas metas, entre elas: compreensão do processo

patológico, do tratamento, incentivo do indivíduo a participação de programas de autocuidado, bem como a certificação da ausência de complicações para controlar a hipertensão com tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Justificando assim, a motivação e a orientação à população quanto à importância do tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, através de mudanças no estilo de vida, enfocando a prevenção dos fatores de riscos. (CADE,1999).

Considera-se que baixos níveis de controle da hipertensão arterial tenham relação direta com a pouca adesão ao tratamento, promover a adesão ao tratamento da doença, por meio de estratégias que elevem o controle da hipertensão arterial, traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento nesse nível de intervenção. O Programa Saúde da Família é uma estratégia que representa um dos principais eixos de ação do ministério da Saúde para mudar o modelo de Assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, integral e/ou contínua. Com base em manuais editados pelo Ministério da Saúde, o programa oferece grande ajuda na detecção precoce da hipertensão arterial realizando medidas regulares da pressão arterial, assim como, prevenindo e controlando outras doenças crônicas, com o acesso dos profissionais de Saúde da Família para os hipertensos há o favorecimento nos esforços de prevenção, incentivando tanto portadores da doença como seus familiares a adotarem hábitos de vida mais saudáveis ,controlando, corrigindo e evitando complicações. (Mano, Pierin 2005),

A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem um papel central no desenvolvimento do cuidado integral à saúde, de forma que provoque impacto na situação de saúde, nos seus determinantes e condicionantes e promova a autonomia das pessoas, de forma articulada com os demais setores da sociedade. Neste sentido, é importante garantir a expansão dos serviços e qualificação dos profissionais. (BRASIL, 2013)

No sistema e equipe de saúde os fatores relacionados a adesão são a política de saúde, acesso ao serviço de saúde, distancia da instituição, tempo de espera pela consulta, tempo de atendimento, envolvimento da equipe de saúde e o relacionamento inadequado.

A comunicação médico-paciente é citada como a primeira causa de não adesão, por ser inadequada e contendo informações insuficientes em relação a doença e a suas consequências do abandono do tratamento.

A presença dos pacientes aos encontros e consultas também é relevante, pois favorece a adesão ao tratamento da HAS, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos assíduos aos encontros tiveram uma maior redução dos níveis tensionais.

Para a organização e expansão da ABS, a Estratégia da Saúde da Família representa o eixo principal, envolvendo ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação, favorecendo a construção da saúde por meio da participação do usuário e da coletividade, valorizando potenciais pessoais e a criação de ambientes saudáveis. Nesse espaço, inclui-se o cuidado das pessoas com hipertensão arterial. (CARVALHO FILHA; VIANA, 2011)

Sendo a HAS uma doença multicausal e multifatorial, exige diferentes abordagens, e só uma equipe multidisciplinar pode proporcionar essa ação diferenciada. O atendimento dos hipertensos por profissionais de diferentes áreas melhora, em muito, a adesão à terapêutica recomendada. A satisfação com o atendimento é item fundamental para se conseguir bons níveis de adesão e controle da HAS. Levando isso em consideração, a qualidade do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde torna-se um fator determinante na eficácia da terapêutica. A qualidade da relação que a equipe de Saúde estabelece com o paciente é fator preponderante, visto que o hipertenso tem necessidade de transmitir suas inquietudes, sintomas e limitações, além de apoio e reforço para conseguir adaptar-se à doença. O relacionamento profissional de saúde/paciente é fator que exerce influência sobre a adesão do paciente ao tratamento, para otimizar o tratamento anti-hipertensivo, é importante formar uma aliança terapêutica entre o profissional e o paciente, de modo que as dúvidas e as dificuldades possam ser detectadas e resolvidas. (Segundo Svensson et al 2000)

A receptividade é outro fator motivante para que os pacientes frequentem programas de controle da HAS, contribuindo dessa forma, para melhorar a adesão ao tratamento, visto que nesses programas, eles encontram espaços para exteriorizar suas angústias, no que diz respeito ao tratamento e a sua

patologia.

Os pacientes relacionam o tratamento as mudanças difíceis no cotidiano, como restrições alimentares, de lazer e trabalho. Tal adaptação nem sempre é fácil, pois, muitas vezes, determina mudanças de hábitos prazerosos, os pacientes que usam medicamento tendem a aderir menos às mudanças no estilo de vida, pois acreditam que o uso das drogas é suficiente para se obter o controle da pressão arterial.

Este comportamento é de fato preocupante, tendo em vista que os objetivos do tratamento não medicamentoso são, além de reduzir os níveis tensionais, reduzir os fatores de risco cardiovasculares. Enquanto os mais altos níveis de adesão relacionavam-se à medicação, os piores estavam relacionados justamente ao tratamento não-farmacológico, incluindo a dieta, atividades físicas e ingestão de álcool. Neste contexto, é aconselhável que os profissionais de saúde discutam com os pacientes quais modificações esses consideram possíveis de serem realizadas, desta forma as práticas podem ser feitas dentro da realidade de cada paciente, portanto mais efetivas. É recomendável os profissionais pesquisem a opinião dos pacientes a respeito do tratamento e das mudanças no estilo de vida, como também de sua prontidão e capacidade de seguir o tratamento (KINGÃS e LAHDENPERÄ, 1999).

O trabalho em grupos, com a participação de familiares dos hipertensos, tem se mostrado favorável à adesão ao tratamento. O grupo estimula a reflexão, amplia o nível de conhecimento, permite que cada um fale de suas experiências em relação a sua patologia. Essa técnica funciona como suporte social, uma vez que os pacientes estão reunidos em torno de um problema comum e apoiados por uma equipe disposta a ouvi-los e a ajudá-los.

Deve-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos, uma vez que a HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no estilo de vida de outros componentes familiares, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo. (CAMPOS, et al 1996)

## **MATERIAL E METODO**

O projeto de intervenção, será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Rossini Barbosa Lima da comunidade de Caiambé do município Tefé, estado Amazonas. Incluirá todos os pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pela Unidade Básica de Saúde no período de janeiro a junho do ano 2017.

Para atingir os objetivos propostos serão realizados os seguintes procedimentos.

Identificação dos hipertensos cadastrados, encaminhar os pacientes selecionados para a realização da consulta médica e fazer o registro de dados sobre prática de exercício físico, alimentação, hábitos tóxicos. Posteriormente, após a coleta dos dados por meio da consulta médica, captar os pacientes que não aderiram ao tratamento não farmacológico

Realizar-se por meio de oficinas temáticas que serão desenvolvidas a cada 15 dias visando aportar ao público-alvo conhecimentos sobre a hipertensão arterial e propiciar sua reflexão sobre a importância da adesão ao tratamento não farmacológico para o controle da doença.

A amostra do estudo corresponde à população que atende aos critérios de inclusão listados abaixo. Os critérios de inclusão são:

- Pacientes hipertensos residentes dentro dos limites da Unidade Básica de Saúde.
- Pacientes hipertensos diagnosticados, acompanhados na Unidade Básica de Saúde.
- Aceitar voluntariamente participar da pesquisa com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a saída de objetivos da amostra de trabalho selecionados a partir dos critérios de exclusão que se seguem:

- A deficiência mental.
- A hipertensão gestacional.

Inicialmente serão avaliadas as fichas A (confeccionados no trabalho dos agentes comunitários de saúde), o cadastro familiar para identificar os casos com hipertensão arterial, posteriormente participação das intervenções aqueles adultos que apresentam a doença e que brindam seu consentimento informado sobre o desejo de participar nas atividades e tendo presente os quatro princípios éticos básicos (respeito, beneficência, não maleficência, e injustiça).

As técnicas iniciais a serem utilizadas neste projeto de intervenção serão as entrevistas individuais com os pacientes, realizadas de modo aprofundado, levantando as questões relacionadas à terapêutica não-farmacológica, de modo que as dúvidas e as dificuldades possam ser detectadas e resolvidas.

Para o desenvolvimento contaremos com os membros da equipe de saúde (médica, enfermeira, e os agentes de saúde), assim como com recursos, materiais e equipamento (computador, esfigmomanômetro, estetoscópio, fotos ilustrativas, materiais de multimídia, retroprojetor, papel, caneta, lápis, cartolina) Neste momento será avaliado o grau de satisfação desses pacientes ao atendimento realizado pela equipe de saúde em questão. As entrevistas individuais acontecerão semanalmente no dia do atendimento aos portadores de HAS, com duração de 15 à 20 minutos, em cronograma semanal já estabelecido no posto. Um dia após as entrevistas com os pacientes serão realizadas reuniões com a Equipe Saúde da Família (ESF), que também serão semanais. Durante essas reuniões serão consideradas as questões de maiores necessidades apontadas pelos próprios pacientes, assim como as necessidades da equipe saúde da família, reavaliando nossas ações, na tentativa de aperfeiçoamos nossas práticas, no intuito de melhor atendermos os pacientes portadores de HAS. No dia das reuniões serão realizados treinamentos com ESF para aperfeiçoamento da acolhida

No início e ao final da intervenção se aplicará um questionário para avaliar as modificações na percepção dos fatores de risco pelos participantes e se a intervenção atingiu seu objetivo.

## **RECURSOS NECESSÁRIOS**

Para o desenvolvimento da proposta foram necessários os seguintes recursos:

**Humanos:** Equipe de saúde da família, Pacientes adstritos à mostra do estudo.

**Materiais:** Prontuários dos usuários (PEP), ficha para avaliação dos usuários, cartolinas, canetas, cartinhas educativas, esfigmomanômetro de mercúrio, material audiovisual sobre a doença e seus fatores de risco e sala de reunião.

## CRONOGRAMA

| Etapas  | Jan. | Fev. | Març. | Abril | Mai | Jun. |
|---|------|------|-------|-------|-----|------|
| Elaboração do projeto e sua apresentação a equipe | X    | X    |       |       |     |      |
| Divulgação do projeto na população                |      | X    | X     |       |     |      |
| Coleta de dados e divulgação do cronograma        |      |      | X     | X     |     |      |
| Desenvolvimento das ações educativas              |      |      |       | X     | X   |      |
| Avaliação da intervenção                          |      |      |       |       | X   | X    |

## RESULTADOS ESPERADOS

Através deste projeto de intervenção a equipe da Unidade Básica de Saúde Rossini Barbosa Lima espera melhorar nuns 90 % a adesão ao tratamento não farmacológico nos pacientes hipertensos e diminuir os fatores de riscos envolvidos na etiologia da doença. Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes pertencentes ao grupo alcançarão maior conhecimento da doença

Aumentar a capacidade da equipe para a realização de conversas e apresentações sobre a hipertensão arterial. Promover ações de saúde destacando os principais pontos para incrementar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e lograra participação da família e da comunidade em conversas informais nos bairros e associações o que ajudará a fazer promoção da saúde e prevenção das doenças e atingir a meta de propor ferramentas sobre o estilo de vida saudável na população, essas ações e estratégias de atuação são dirigidas sobre os fatores de risco da doença, fazendo promoção de saúde em larga escala, com foco na educação e no conhecimento da hipertensão, de modo a prevenir suas complicações.

Têm como alvo atingir a população adulta e visa conscientizar a população no estudo a adotar hábitos saudáveis de vida e conseqüentemente reduzir, retardar ou mesmo impedir o aparecimento dos fatores de risco para HA, o que vai contribuir para a melhor qualidade de vida e de saúde da coletividade.

## BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília; Ministério da saúde, 2013<sup>a</sup>. 28 p)

CADE, N. V. Trabalho desenvolvido pelo enfermeiro: expectativa e percepção de hipertensos em tratamento ambulatorial. Rev. Enf. UERJ, v. 7, n. 2, p.148-153, 1999.

CAMPOS, E. P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. Folha méd., v. 113, n.2, p.153-156, 1996

CARVALHO FILHA, F. S. C; NOGUEIRA LT: VIANA, L. M. M. Adesão e percepção de usuários acompanhados. v. pela estratégia saúde da família. Rev. Rene, v. 12, n. esp.p.930-6. 2011)

COSTA, J. S. D, et al, Prevalência de Hipertensão Arterial em adultos e Fatores Associados: ArqBrascardiol...v.88, n.1, 2, 2007. Apud OLIVEIRA, 2014

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 2007.89 (3); e-24-e-29

JARDIM, P. C. B.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. Medicinal, v. 29, p.232-238, 1996.

KINGÃS H; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing.v. 29, n 4, p. 832-839, 1999)

LOPES, H. F. et al. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Rev. Soc. Cardil. Estado de São Paulo, São Paulo, v. 13, n. 1, p.148-155, 2003.

MADEIRA, D.L; SHEPS, S.G; ELVEBACK Descrever os outros autores Preditor de teste de pressão ao frio da hipertensão, 2002.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Evolução de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa saúde da Família em um centro de Saúde Escola. Acta Paul Enferm. v. 18, n. 3, p.269-275, 2005.

OLIVEIRA MENDES, L, et al: Fatores associados a não adesão ao tratamento

da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. RevUnivap, v. 20, 35, jul.2014

PALACIOS ORTIZ et al, 2013), Pamela priscila; COBOS PESÁNTEZ, Maria Isabel; TENORIO SANCHEZ, Christian Geovanny. Estudio aleatorizado para evaluar el programa educativo de autocuidado para mejorar la adherencia al tratamiento em pacientes con hipertensión arterial. Hospital Vicente Corral Moscoso20012.2013.Revisadoem:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4070/1/MED192.pdf>

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosangela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha et. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (The promotion of health and integrated prevention of risk factors for cardiovascular diseases). Ciénc Saúde Coletiva, v. 17, n, 1, 2012)

Santa. H., Ernani T.; Nemes. M; Eluf N. J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública, 2010

SALAZAR, J. R. A percepção, conflito e stress. Tese. Simon Bolívar University, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq Brascardiol. v.95, n. 1; 2010. Revisado em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensão\\_ERRATA.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensão_ERRATA.pdf)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. OMS alerta para baixa adesão ao tratamento. 2003 Disponíveis em:<http://www.sbh.org.br/noticias.asp>

SVENSSON, S. et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. International journal of cardiology, v. 76, p. 157-163, 2000

**ANEXOS****QUESTIONÁRIO**

NOME:

SEXO:

IDADE:

ESCOLARIDADE:

OCUPAÇÃO:

ESTADO CIVIL:

TEMPO DE DIAGNÓSTICO

9) TRATAMENTO REGULAR SI-----NO-----

ADESÃO A DIETA

 SEGUE RIGOROSAMENTE SEGUE SEGUE APENAS DURANTE A SEMANA SEGUE ALGUNS DIAS DA SEMANA NÃO SEGUE

ADESÃO A ATIVIDADE FÍSICA

 NÃO FAZ ATIVIDADE FÍSICA FAZ ATIVIDADE FÍSICA

10) CONSUMO DE SAL

MODERADO----- leve -----

11) CONSUMO DE VEGETAIS SI----- NÃO-----

12) ENCONTRA SE ESTRESSADO COM FREQUÊNCIA SI----- NO-----

13) CONSIDERA IMPORTANTE O USO DA MEDICAÇÃO ANTIHIPERTENSIVA

SI-----

NO-----

14) CONHECE AS COMPLICAÇÕES DE SUA DOENÇA

SI-----

NO-----

PODE ESCREVER TRÊS-----

15) CONSIDERA O ACOMPANHAMENTO NA UBS IMPORTANTE PARA SEU CONTROLE

SI-----

NO-----

16) A OBESIDADE OU SOBREPESO CONTRIBUI AL AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL

SI-----

NO-----

17) QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO MAIS FREQUENTES NA HTA?

18) QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS SINTOMAS DA DOENÇA..

19)AS MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA AJUDAM NO CONTROLE DA

SI-----

NO-----

20)PODE ESCREVER CINCO DICAS QUE VOCÊ FARIA PARA LOGRAR  
O CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.