



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

HENRIQUE SENTINARO ALVES LIMA

PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO: UMA PROPOSTA PARA AUMENTAR A
ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES DE MODIFICAÇÕES DE HÁBITO DE VIDA.

SÃO PAULO
2020

HENRIQUE SENTINARO ALVES LIMA

PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO: UMA PROPOSTA PARA AUMENTAR A
ADESÃO ÀS ORIENTAÇÕES DE MODIFICAÇÕES DE HÁBITO DE VIDA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: VANESSA BALIEGO DE ANDRADE BARBOSA

SÃO PAULO
2020

Resumo

Nesse trabalho foi realizado a elaboração do Projeto de Saúde do Território com o objetivo de revolver a problemática da baixa aderência às orientações de modificações de hábito de vida, em especial no tocante à atividade física, levantada pela equipe do Programa Saúde da Família Dom Bosco localizada na cidade de Guaiçara - SP, sendo proposto uma intervenção no território. Para a realização da intervenção no território utilizou-se como método a ferramenta tecnológica das Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) conhecida como Projeto de Saúde no Território (PST), com o intuito de consolidar um pacto de apoio entre a equipe do Programa Saúde da Família e os gestores, o conselho de saúde e a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, consolidar um Espaço Coletivo Ampliado, de maneira a intensificar a participação da comunidade nos vários programas propostos, aumentar a aderência dos pacientes hipertensos ao tratamento de modificação de hábito de vida, especialmente no tocante a atividade física e implementar Ações da Saúde através da educação em saúde, da adoção de estilo de vida saudável e na limitação da invalidez nos pacientes hipertensos.

Palavra-chave

Hipertensão. Promoção da Saúde. Exercício Físico. Doenças Cardiovasculares.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

No presente trabalho o autor realizará a elaboração do Projeto de Saúde do Território com o objetivo de resolver a seguinte problemática levantada pela equipe do Programa Saúde da Família Dom Bosco: baixa aderência às orientações de modificações de hábito de vida, em especial no tocante à atividade física, que deve ser no mínimo três vezes por semana por 30 minutos, observada nos pacientes hipertensos locados no Programa Saúde da Família Dom Bosco Guaíçara, situado na Avenida José Souto Pereira, 485, Jardim Dom Bosco, Guaíçara - SP.

A equipe de Saúde da Família do Programa da Saúde da Família Dom Bosco é composta por 1 médico, 1 dentista, 1 enfermeiro, 3 técnicos de enfermagem, 1 técnico de saúde bucal, 5 agentes comunitárias e 2 atendentes. A equipe apresenta uma produção mensal de aproximadamente 600 atendimentos médicos mensais, 32 visitas domiciliares, com pelo menos 1 palestra e/ou 1 encontro mensal com os grupos de “pacientes de risco” (diabéticos, hipertensos, fumantes, obesos, gestantes, etc...). A unidade é apoiada pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básico sendo esse composto pelos profissionais da assistência social, dos profissionais de educação física, dos farmacêuticos, dos psicólogos, do médico pediatra e do nutricionista.

A área sobre a responsabilidade da equipe de Saúde da Família do Programa da Saúde da Família Dom Bosco conta com uma população de 4.169 habitantes divididos em 5 microáreas que possuem 765 famílias cadastradas, havendo no momento 11 gestantes, sendo 1 das gestantes menor de idade, 242 hipertensos e 73 diabéticos, dos quais 24 são insulíndependentes.

Durante reunião de equipe realizada na unidade do Programa Saúde da Família Dom Bosco, onde participavam o médico, o dentista, o enfermeiro, os três técnicos de enfermagem, o técnico de saúde bucal, os 5 agentes comunitárias, os 2 atendentes e o profissional de educação física do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básico da referida unidade, foi levando o seguinte problema pelo profissional de educação física: “Há uma baixa aderência as orientações de modificações de hábito de vida, em especial no tocante à atividade física, dos pacientes hipertensos locados no Programa Saúde da Família Dom Bosco”.

ESTUDO DA LITERATURA

1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

Define como diagnóstico de hipertensão arterial a medida da pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior que 90 mmHg para indivíduos adultos com duas aferições ou mais em diferentes visitas e com técnica e aparelho calibrado e o indivíduo em posição sentada (LOPES, 2009).

A medida da pressão arterial tem papel importante no diagnóstico da hipertensão arterial, porém para que haja uma avaliação adequada em relação aos níveis pressóricos, a gravidade e a estratificação do risco cardiovascular do paciente faz-se necessário que a pressão arterial aferida seja classificada (LOPES, 2009). A classificação aqui apresentada é a da VII Diretriz de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia onde os pacientes com pressões arteriais sistólicas (PAS) menores ou iguais a 120 mmHg e as pressões arteriais diastólicas menores ou iguais a 80 mmHg são consideradas normais, os pacientes com PAS entre 121 e 139 e/ou PAD entre 81 e 89 são considerados pré-hipertensos, os com PAS entre 140 e 159 e/ou PAD entre 90 e 99 são considerados com hipertensão estágio 1, os com PAS entre 160 e 179 e/ou PAD entre 100 e 109 são considerados com hipertensão estágio 2, os com PAS maior ou igual a 180 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 110 mmHg são considerados com hipertensão estágio 3 (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se uma prevalência de 25% de hipertensos na população mundial, porém com o aumento da expectativa de vida esse número poderá alcançar cerca de 60% em 2025. Atualmente de 20 a 40% dos hipertensos na população mundial são adultos sendo que mais 50% estão entre os 60 e 69 anos de idade e aproximadamente 75% estão acima dos 70 anos de idade (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil a prevalência de 22 a 44% da população é hipertensa sendo que cerca de 40% não estão tratados adequadamente, o que gera um gasto médio com hospitalizações por hipertensão e suas complicações de aproximadamente 400 milhões de dólares por ano no Brasil (LOPES, 2009). Estima-se que em média 37,8% dos homens e 32,1% das mulheres são hipertensos no Brasil (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

São fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, idade (quando maior a idade maior o risco de desenvolver hipertensão arterial), etnia (maior prevalência entre os afrodescendentes), gênero (sexo masculino é fator de risco para hipertensão arterial), excesso de peso e obesidade, consumo de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, baixa condição socioeconômica, e história familiar de hipertensão (CARVALHO; KAWAKAMI; PEREIRA, 2018).

As causas de hipertensão arterial são inúmeras sendo que cerca de 5% possuem doença renal ou adrenal subjacente, estenose de artéria renal ou outras doenças identificadas, porém aproximadamente 95% das hipertensões são de hipertensão essencial (também chamada de idiopática). As hipertensões são classificadas em hipertensão essencial e hipertensão secundária sendo essa podendo ser de causa renal, endócrina, cardiovascular e neurológica (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

Entre as causas de hipertensão secundária de origem renal temos a glomerulonefrite aguda, a doença renal crônica, a doença policística, a estenose de artéria renal, a displasia fibromuscular da artéria renal, a vasculite renal e os tumores produtores de renina (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

Como causas de hipertensão secundária de origem endócrina pode-se elencar a síndrome de Cushing, o aldosteronismo primário, a hiperplasia adrenal congênita, a ingestão de alcaçuz, o excesso dos glicocorticoides, o excesso de estrogênio, o feocromocitoma, a acromegalia, o hipotireoidismo, o hipertireoidismo e a induzida a gravidez (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

Dentre as causas de hipertensão secundária de origem cardiovascular tem-se a coarctação da aorta, a poliarterite nodosa, o volume intravascular elevado, o débito cardíaco elevado e a rigidez da aorta (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

As causas de hipertensão secundária de origem neurológica são a psicogênica, a pressão intracraniana elevada, a apneia do sono e o estresse agudo (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

O tratamento da hipertensão arterial essencial é dividido em duas categorias: 1) Tratamento não medicamentoso, que exige modificações do estilo de vida; e o 2) Tratamento medicamentoso (CARVALHO; KAWAKAMI; PEREIRA, 2018).

O tratamento não medicamentoso é baseado em 7 ações: 1) Controle de peso; 2) Mudança do padrão alimentar; 3) Redução do consumo de sal; 4) Moderação no consumo de bebidas alcoólicas; 5) Exército físico; 6) Abandono do tabagismo; 7) Controle do estresse psicoemocional (CARVALHO; KAWAKAMI; PEREIRA, 2018).

Os grupos de medicamentos utilizados no tratamento são os diuréticos, os agentes de ação central, os betabloqueadores, os alfabloqueadores, os vasodilatadores diretos, os bloqueadores dos canais de cálcio, os inibidores da enzima conversora da angiotensina, os bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II e os inibidores diretos da renina (CARVALHO; KAWAKAMI; PEREIRA, 2018).

O excesso de peso é fator predisponente para a doença arterial hipertensiva sendo responsável por aproximadamente 20 a 30% dos casos de hipertensão arterial (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

A recomendação segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia é que os pacientes mantenham o peso corporal na faixa normal do índice de massa corpórea, que varia entre 18,5 e 24,9 Kg/m² (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

A redução do peso corporal também influencia positivamente nos valores da pressão arterial sistólica uma vez que a cada 10Kg reduzidos no peso corporal estima-se uma diminuição de 5 a 20 mmHg na pressão arterial sistólica (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

A padrão alimentar recomentado é uma dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e de baixo teor de gordura saturada, sendo esperado uma redução de 8-14 mmHg nos índices pressóricos (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA,

2016).

Para o hipertenso a redução no consumo de sódio promove vários benefícios, como a redução da pressão arterial que pode reduzir aproximada 2 a 8 mmHg da pressão arterial sistólica quando o paciente adota uma dieta que reduz a ingestão de sódio para não mais de 6g sal/dia, diminui a prevalência de complicações cardiovasculares, diminui o incremento da pressão arterial do envelhecimento, preveni a elevação arterial e o regresso da hipertrofia do miocárdio (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

O consumo crônico de etanol, especialmente valores maiores que 30g/dia, pode induzir a elevação persistente dos níveis pressóricos, sendo assim o consumo exagerado de etanol é causa comum e reversível de hipertensão arterial. Dessa forma o consumo permitido de etanol para homens é o equivalente a 30mg/dia o que corresponde a 660 mL de cerveja, ou 300 mL de vinho, ou 90 mL de destilados, sendo que para as mulheres o consumo deve-se restringir a metade dessas doses/dia. O consumo moderado de álcool causa uma redução aproximada de 2 a 4 mmHg na pressão arterial (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

O exercício físico moderado tanto aeróbico quanto anaeróbico trazem benefícios, independente do sexo e da idade, no controle da pressão arterial e diminuem o risco cardiovascular. Esses benefícios ocorrem pois a atividade física diminui a sensibilidade à insulina, reduz a glicose de jejum, aumenta a tolerância à glicose, diminui a dose de medicamento utilizado para controle de comorbidades, diminui o colesterol total, diminui o LDL, aumenta o HDL, diminui o triglicerídeos, diminui as respostas fisiológicas ao estresse, diminui os sintomas de estresse e aumenta a qualidade de vida (LOPES, 2009).

A atividade física recomendada é aquela que corresponde a 3 a 6 estimativas de equivalentes metabólicos (MET) sendo a atividade realizada no mínimo por 3 vezes por semana, com uma duração mínima de 30 minutos, que podem ser obtidos por períodos de pelo menos 10 minutos, porém se desejar perder peso essa atividade deve ter uma duração de pelo menos 60 minutos. A atividade física realizada nessas primícias reduzem a pressão sistólica em aproximadamente 4 a 9 mmHg (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

O uso do tabaco está associado ao aumento do risco de aproximadamente 25 doenças sendo um fator que dificulta a interrupção dos medicamentos anti-hipertensivos porém não há evidências que sustentem que o abandono do tabagismo reduza a pressão arterial sistólica (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

Os estudos mais recentes apontam que há uma forte tendência da redução da pressão arterial sistólica quando são aplicadas técnicas de psicoterapias comportamentais em pessoas sujeitas a ambientes estressantes (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2016).

As metas recomendadas no tratamento da hipertensão dependem da categoria a qual pertence o paciente, de maneira que os hipertensos no Estágio 1 e 2 com risco cardiovascular baixo ou moderado e Estágio 3 a meta recomendada é menor que 140/90 mmHg, e os hipertensos Estágio 1 e 2 com risco cardiovascular alto a meta recomendada é menor que 130/80 mmHg (CARVALHO; KAWAKAMI; PEREIRA, 2018).

2. ELEGIBILIDADE PARA ATIVIDADES FÍSICAS NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

Os objetivos da avaliação pré-participação de atividades físicas são aumentar as chances de diagnosticar precocemente doenças cardiovasculares que não sejam compatíveis com a prática de atividades físicas, prevenir o desenvolvimento de doenças cardiovascular e a morte súbita durante a atividade física (ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2013).

A avaliação pré-participação é baseado nos seguintes pilares: 1) Anamnese; 2) Exame físico; 3) Exames laboratoriais; e 4) Exames de imagem e métodos gráficos (FALCÃO; CARDOSO; COHEN, 2009).

Durante a anamnese é de fundamental importância pesquisar a história médica pessoal do avaliado onde o intuito é pesquisar o passado de sopro cardíaco, hipertensão arterial, fadiga excessiva, síncope ou pré-síncope, dispnéia desproporcional, precordialgia, palpitações, claudicação intermitente, tabagismo, dislipidemia e disglucemia. Na história familiar procura-se história de morte súbita ou infarto agudo do miocárdio, principalmente entre mulheres com idade menor de 65 anos e homens com idade menor de 55 anos, doença cardiovascular, doença pulmonar ou metabólica, acidente vascular encefálica, miocardiopatia hipertrófica, síndrome de QT longo, síndrome de Marfan e outras doenças genéticas. Colher a história esportiva dando ênfase no início das atividades regulares, duração, intensidade e frequência e o nível atual de condicionamento e outro objetivo de suma importância durante a anamnese (FALCÃO; CARDOSO; COHEN, 2009).

O exame físico deve ser realizado de maneira minuciosa avaliando-se o peso, a altura, o índice de massa corpórea (IMC) e a circunferência abdominal do examinado, assim como avalia-se a ausculta cardíaca, a medida da pressão arterial, os pulsos dos membros inferiores e superiores, a ausculta pulmonar, nunca esquecendo-se de procurar estigmas de Marfan (FALCÃO; CARDOSO; COHEN, 2009).

Dentre os exames laboratoriais preconizados estão o hemograma, os eletrólitos, ferro e ferritina, perfil lipídico, glicemia de jejum, TSH, T4 livre, função renal, sorologia para Chagas, VDRL, sorologia para HIV e exame de urina (FALCÃO; CARDOSO; COHEN, 2009).

O exame de imagem solicitado é a radiografia de tórax em posição pósterio anterior e perfil e o método gráfico de eleição é o eletrocardiograma de repouso (ECG). De maneira geral o teste ergométrico ou o teste cardiopulmonar são realizados somente em homens com mais de 40 anos e mulheres com mais de 50 anos. Outros exames poderão ser solicitados caso haja indicação para fazê-los durante a fase de avaliação inicial (FALCÃO; CARDOSO; COHEN, 2009).

Segue abaixo um modelo de ficha de estratificação dos risco e triagem de saúde pré-participação em atividades físicas:

Figura 1 - Modelo de Ficha para Estratificação dos Riscos e Triagem de Saúde Pré-participação em Atividades Físicas

**Modelo de Ficha para Estratificação dos Riscos e
Triagem de Saúde Pré-participação em Atividades Físicas**

Nome: _____ DN: _____ Idade: _____
 Sexo: Masculino Feminino Naturalidade: _____ Tel.: _____ Plano: _____

ANAMNESE:

Durante atividade físico o senhor(a) sente algum dos sintomas abaixo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dor no peito | <input type="checkbox"/> Sensação de falta de Ar |
| <input type="checkbox"/> Respiração rápida e/ou ofegante | <input type="checkbox"/> Sensação que vai "desmaiar" |
| <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Já "desmaiou" durante atividade física |
| <input type="checkbox"/> Sensação que o coração está batendo muito rápido e/ou descompassado | |

O senhor(a) apresenta algum dos Fatores de Risco Cardiovasculares Abaixo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Histórico Familiar (Infarto do Coração, Revascularização do Coração, Morte súbita para homens < 55anos e Mulheres < 65anos) | <input type="checkbox"/> Tem Obesidade (IMC > 30; IMC = Peso/Altura ²) |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo (é fumante) | <input type="checkbox"/> Tem ou teve Pressão Alta (PA ≥ 140/90mmHg) |
| <input type="checkbox"/> Tem ou teve Dislipidemia (LDL > 130 ou HDL < 40) | <input type="checkbox"/> Tem Estilo de Vida Sedentário |
| <input type="checkbox"/> Tem ou teve açúcar alto no sangue – ou diagnóstico de diabetes (Glicemia > 100) | |
- Quantidade de Fatores de Risco _____

O senhor(a) apresenta algum dos Sinais ou Sintomas Abaixo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dor ou Desconforto no Peito, Pescoço, Mandíbula ou Braço | <input type="checkbox"/> Falta de Ar em Repouso ou Esforço leve |
| <input type="checkbox"/> Tontura ou sensação que vai "desmaiar" | <input type="checkbox"/> Edema em tornozelos |
| <input type="checkbox"/> Acorda a noite com Sensação de falta de Ar | <input type="checkbox"/> Tem Sopros no coração |
| <input type="checkbox"/> Sente o coração palpitar ou bater rápido e/ou descompassado | |
| <input type="checkbox"/> Quando anda muito a perna dói e/ou o senhor(a) manca | |
| <input type="checkbox"/> Tem Cansaço ou Falta de Ar durante atividades do dia-a-dia | |

Histórico Esportivo e Atividades Física Atual: _____

Medicações e Suplementos Alimentares: _____

Outros antecedentes Familiares e Pessoais: _____

EXAME FÍSICO:

Estado Geral: Bom Estado Geral Regular Mau

Inspeção pele/mucosa: Sem Alterações Alterações: _____

Temperatura: Afebril Febril: _____ F.C: _____ F.R: _____ Altura: _____ Peso: _____

IMC: _____ Kg/m² PA: _____ PA MSE: _____ PA MSD: _____

Pulsos: MSE MSD MIE MID (Simétricos)

Linfonodos: Sem Alterações Alterações: _____

Tireoide: Sem Alterações Alterações: _____

Carótida: Sem Alterações Alterações: _____

SCV: Sem Alterações Alterações: _____

Pulmonar: Sem Alterações Alterações: _____

Abdômen: Sem Alterações Alterações: _____

SN: Sem Alterações Alterações: _____

Alterações Ortopédicas: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baixo Risco/exames médicos adicionais e teste de esforço são desnecessários antes do treinamento com exercícios físicos. | 1. Baixo risco – Homens < 45 anos e mulheres < 55 anos que são assintomáticos e não fazem mais de um limiar dos fatores de risco. |
| <input type="checkbox"/> Risco Moderado/exames médicos adicional e teste de esforço realizado antes do treinamento com exercícios físicos vigorosos. | 2. Risco moderado – Homens ≥ 45 anos e mulheres ≥ 55 anos ou aqueles que satisfazem o limiar para 2 ou mais fatores de risco. |
| <input type="checkbox"/> Alto Risco/exames médicos adicionais e teste de esforço realizado antes do treinamento com exercícios físicos. | 3. Alto risco – Indivíduos com 1 ou mais sintomas sugestivos ou com doença cardiovascular, pulmonar ou metabólica conhecida (DM, Distúrbios da tireoide, Doença renal ou hepática). |
| <input type="checkbox"/> Outras Condutas/Exames: _____ | |

PARECER:

- | | | | |
|---|---|-------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Apto para Atividades Físicas | <input type="checkbox"/> Convém realizar Atividades Físicas AI | Data: _____ | CRM/Carimbo |
| <input type="checkbox"/> Inapto para Atividades Físicas | <input type="checkbox"/> Aguardando exames para melhor avaliar o caso | | |

AÇÕES

Uma vez estabelecido o objetivo geral e o objetivo específico do Projeto de Saúde no Território a equipe estipulou as ações efetivas que seriam realizadas no terreno assim como as responsabilidades de cada membro da equipe envolvido no projeto. Segue abaixo a Tabela 1 onde são apresentados os membros da equipe e as ações efetivas no território sobre sua responsabilidade.

Tabela 1 - Ações efetivas no território e responsabilidades

| MEMBROS DAS EQUIPES | AÇÕES EFETIVAS REALIZADAS PELOS MEMBROS DA EQUIPE |
|--|---|
| Enfermeiro | <ol style="list-style-type: none">1) Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e do profissional de educação física.2) Implementar as rotinas, protocolos e fluxos relacionados aos planos de ação do Projeto de Saúde no Território aqui proposto.3) Realizar e/ou supervisionar o acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco dos pacientes hipertensos.4) Realizar atividades em grupo com os pacientes hipertensos (ex.: palestras abordando a importância da atividade física, confraternizações, etc...). |
| Médico | <ol style="list-style-type: none">1) Realizar as consultas clínicas dos pacientes envolvidos no Projeto de Saúde no Território.2) Realizar avaliação pré-participação dos hipertensos determinando a elegibilidade nas diversas cardiopatias segundo o JACC, 2005 e a Classificação dos Esportes segundo Mitchell e Haskell, 2005.3) Planejar, gerenciar e avaliar, juntamente com a enfermeira, as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde em conjunto com os outros membros da equipe. |
| Técnicos e Auxiliares de Enfermagem | <ol style="list-style-type: none">1) Participar das atividades do Projeto de Saúde no Território realizando os procedimentos regulamentados de sua profissão dentro do Programa de Saúde de Família.2) Exercer as atribuições que sejam de sua responsabilidade na sua área de atuação nas atividades do Projeto de Saúde no Território. |
| Agentes Comunitários de Saúde | <ol style="list-style-type: none">1) Cadastrar e manter atualizado o cadastro de todos os hipertensos de sua área de atuação.2) Informar os usuários sobre as datas, horários e locais das atividades físicas programadas pelo profissional de educação física assim como as consultas e os exames solicitados.3) Registrar juntamente com o profissional de educação física a presença dos hipertensos nas atividades de educação física programadas.4) Participar das atividades do Programa de Saúde no Território no intuito de acompanhar as necessidades dos usuários no que diz respeito aos agendamentos das atividades programadas, da desistência, das consultas ou solicitação de exames. |

**Profissional de
Educação Física**

- 1) Planejar atividades físicas compatíveis com as diversas recomendações sugeridas após avaliação médica.
- 2) Organizar quadro horário e agenda de maneira a melhor coordenar as necessidades dos usuários colhidas pelos agentes de saúde e suas recomendações específicas.
- 3) Garantir que os participantes tenham no mínimo 30 minutos de atividades físicas 3 vezes por semana.
- 4) Registrar e coordenar a presença dos participantes do Projeto de Saúde no Território juntamente com os agentes comunitários de saúde.

RESULTADOS ESPERADOS

Uma vez implementado, conforme o planejamento previamente elaborado, o Plano de Saúde no Território com o objetivo de resolver a problemática da baixa aderência as orientações de modificações de hábito de vida, em especial no tocante à atividade física, espera-se os seguintes resultados: 1) Consolidação de um Pacto do Apoio entre a equipe do Programa Saúde da Família Dom Bosco e os gestores, o conselho de saúde e a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família; 2) Consolidação do Espaço Coletivo Ampliado, de maneira a intensificar a participação da comunidade nos vários programas propostos; 3) Aumento na aderência dos pacientes hipertensos da área de atuação da equipe do Programa Saúde da Família Dom Bosco ao tratamento de modificação de hábito de vida, especialmente no tocante a atividade física; e 4) Implementação de Ações da Saúde através da educação em saúde, da adoção de estilo de vida saudável e na limitação da invalidez nos pacientes hipertensos sobre a responsabilidade da equipe de Saúde da Família Dom Bosco.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Brasília, DF,

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Brasília, DF,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Projeto de saúde no território [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Marta Inez Machado Verdi; Tanise Gonçalves de Freitas; Thaís Titon de Souza. 1. ed. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

VERDI, Marta Inez Machado et al. **Projeto de saúde no território [Recurso eletrônico]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4172953/mod_resource/content/1/Projeto%20Saúde%20no%20Território.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

SWAROWSKY, Gustavo et al. **Principais temas em Epidemiologia**. São Paulo: Medcel, 2018. 1 v.

LOPES, Antônio Carlos (Org.). **Tratado de clínica médica**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. 3 v.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA: VII Diretriz Brasileira de Pressão Arterial. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 117, n. 3, set. 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

CARVALHO, Antonio Carlos; KAWAKAMI, Suzi Emiko; PEREIRA, João Batista Saúd (Org.). **Manual de cardiologia**: Manual do Residente da Associação dos Médicos Residentes da Escola Paulista de Medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson (Org.). **Robbins e Cotran: Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA: Diretriz em cardiologia do esporte e do exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 100, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n1s2/v100n1s2a01.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

FALCÃO, Luiz Fernando dos Reis; CARDOSO, Fernando Bianchini; COHEN, Moisés (Org.). **Manual de Medicina Esportiva**: Manual do Residente da Associação dos Médicos

Residentes da Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Roca, 2009.

MITCHELL, J. H.; HASKELLW, V. C. 36th Bethesda Conference/Classification of Sports. *J. Am. Coll. Cardiol.*, v. 45, p. 53-56, 2005. Disponível em: <<https://www.acc.org/~media/clinical/pdf-files/approved-pdfs/2012/03/21/10/04/bethesdaconference36.pdf>>. Acesso em 18 jan. 2020.