JIMMY GARCIA VALDES

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

NOVO PROGRESSO- PA

2017

JIMMY GARCIA VALDES

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Bruno Brunelli

NOVO PROGRESSO- PA

2017

RESUMO

O conhecimento da HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) na Atenção Primaria a Saúde fica muito relacionada com a melhora da qualidade de vida, a redução do número de complicações e de mortes por esta doença. No presente portfolio se faz um recorrido pelas principais atividades na atenção básica. Um caso clínico onde abordamos um paciente hipertenso e obeso, desenvolvendo todos os procederes realizados a cada dia em nas consultas médicas. No segundo capitulo abordamos as atividades de promoção da saúde, educação e níveis de prevenção em uma das práticas mais relevantes nas UBS (Unidades Básicas de Saúdes) o acompanhamento de pré-natal, onde o acesso ao cuidado do pré-natal no primer trimestre da gestação tem sido uma prioridade para nossa equipe. Posteriormente se narra o acontecer duma Visita Domiciliar outra das atividades importantes na atenção básica, considera-se a visita uma oportunidade para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças. Finalmente se espoe um Projeto de Intervenção que tem como base Intervenção Educativa em pacientes com fatores de risco de Hipertensão Arterial na comunidade Jardim Planalto, UBS Dr Enrique Lima de Meneses, Novo Progresso, Pará. O projeto de intervenção foi realizado entre junho de 2016 até novembro de 2016. A população fica composta por todos os pacientes com idade entre 15 - 60 anos que apresenta um dos fatores de riscos associado com hipertensão arterial (tabagismo, obesidade, sedentarismo, níveis elevados de colesterol). O objetivo da Intervenção Educativa fica em promover ações educativas para os pacientes aumentarem o nível de conhecimento acerca dos fatores de risco de hipertensão arterial e assim melhorarem sua qualidade de vida.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Cuidados Pré-natal,, Fatores de risco, Hipertensão, Visita Domiciliar.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 7

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO 12

4. VISITA DOMICILIAR 15

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 19

REFERÊNCIAS 21

1. INTRODUÇÃO

Meu nome completo é Jimmy Garcia Valdes, sou graduado de medico geral no ano 2005 na faculdade da cidade'' Ciego de Ávila'', pais Cuba e como medico especialista em medicina geral integral no ano 2007. Prestei serviço no Timor Leste por 2 anos, Venezuela por 3 anos e no Brasil desde dezembro do 2015. Trabalho no município Novo Progresso do estado de Pará, pertencente à Mesorregião do Sudoeste Paraense. Localiza-se no norte brasileiro, a uma latitude 07º08'52" Sul e a uma longitude 55º22'52" Oeste. Sua população era de 25 106 habitantes no último censo, situada às margens da rodovia BR-163, está distante 1.639 km da capital do estado. O acesso a cidade se dá através da Rodovia Santarém-Cuiabá (BR-163), sendo a divisa do município com o estado de Mato Grosso a 367 km a Sul e a Norte a 79 km com o povoado de Moraes Almeida, localizado no município de Itaituba, PA.

Uma das principais atividades econômicas é a Indústria Madeireira, existindo também atividades garimpeiras, pecuária de corte e agrícola, uma das atividades econômicas de crescimento recente é a mineração em escala industrial com a vinda de multinacionais do setor, pois o subsolo é rico em ouro, chumbo e granito. A cidade possui três hospitais: um público e dois particulares, ambos com estrutura inadequada ao tamanho da cidade, o hospital público tem 2 médicos e um laboratório e casos de grande gravidade são encaminhados a grandes polos sub-regionais ou regionais. No hospital municipal, estão disponíveis 2 leitos de cirurgia geral, 14 leitos disponíveis na clínica geral, uma unidade de isolamento e 2 leitos de obstetrícia cirúrgica, totalizando 19 leitos. As causas de internação mais frequentem são as doenças crónicas e doenças respiratórias.

Em relação à saúde do município, o Conselho Municipal de Saúde definiu como prioridades:

- Atenção integral da mulher e crianças, Atenção à saúde de idoso
- Atenção as doenças crônicas
- Vigilância em saúde
- Atenção hospitalar e urgências

- Violência doméstica.

As três principais dificuldades para desenvolver ações relacionadas a estas prioridades são:

- Pouca inter-relação entre APS e especialidades interferindo nas referências e contra referencias.
- Falta de informação aos pacientes sobre as ações de promoção na vigilância em saúde o que provoca um diagnóstico tardio das doenças transmissível e não transmissível.
- Falta de leitos hospitalários e demora na atenção de urgências.

A unidade de saúde da família (UBS) Dr Enrique Lima De Meneses está localizada em Avenida Joao Atiles da Silva, s\n bairro Jardim Planalto, cidade de Novo Progresso no Estado de Pará, com um total de 9200 pessoas, distribuídas em 8 barrios, onde se mistura uma população de nível econômico médio e baixo recursos, possui uma equipe formada por um médico, uma enfermeira, 4 técnica de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, 3 ACS, uma recepcionista e uma atendente de serviços gerais.

Em nossa área de abrangência temos: uma escola municipal de ensino fundamental, uma clínica particular e uma casa de saúde indígena. A equipe de trabalho de meu posto de saúde estamos, em função de diminuir a situação de as doenças crônicas não transmissíveis que é a maior demanda na unidade básica de saúde. O acolhimento é realizado na recepção, onde se procura o prontuário, sendo que a recepcionista faz a primeira parte, e depois o técnico de enfermagem realiza a triagem, eles são quem faz a classificação de acordo com a doença, características sociais, idade e gravidade da doença.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Senhor João Andrade de Sousa é um motorista de caminhão de 55 anos de idade, fumador (10 cigarros por dia) e obeso, que mora com sua mulher Maria de Fatima Sousa de 35 anos comerciante em uma casa de 4 cômodos, eles têm um filho de 11 anos Eduardo da Silva, que assiste a escola, ambos sem doença referida. João passa a maior parte do seu tempo nas estradas, ele vem à consulta médica apresentando dor na cabeça e tonturas. Dados da triagem:

- Peso: 98 kg
- Altura: 1.72m
- PA: 150x90mmhg

Neste momento interrogo sobre a história familiar e descubro que o pai já falecido por um infarto do miocárdio tive hipertensão arterial. Ao exame físico apresenta:

- Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 80 bpm; FR: 17 rpm)
- IMC: 33.2 (Obeso)
- Circunferência abdominal: 123 cm

Conforme preconizado nos Cadernos de atenção básica de Hipertensão Arterial (CAB N° 37, 2013) do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Cardiologia em setembro 2016, o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

Segundo isto solicito fazer um controle de pressão arterial (PA) por uma semana, oriento quanto à importância da adoção de medidas de mudança de estilo de vida (MEV) (alimentação saudável rica em frutas e vegetais, pobre em gordura

total e saturada com pouco sal, atividade física aeróbica por 30 minutos pelo menos na maioria dos dias da semana, evitar o fumo e estabelecer metas de controle de peso encaminhando ao paciente com nutricionista). Devido a atividade profissional João leva uma vida sedentária e apresenta mais de um fator de risco baixo/intermediário há necessidade de calcular o escore de Framinghan. Ele classifica os indivíduos por meio da pontuação nos seguintes graus de risco cardiovascular e auxilia na definição de condutas (CAB N° 37, 2013):

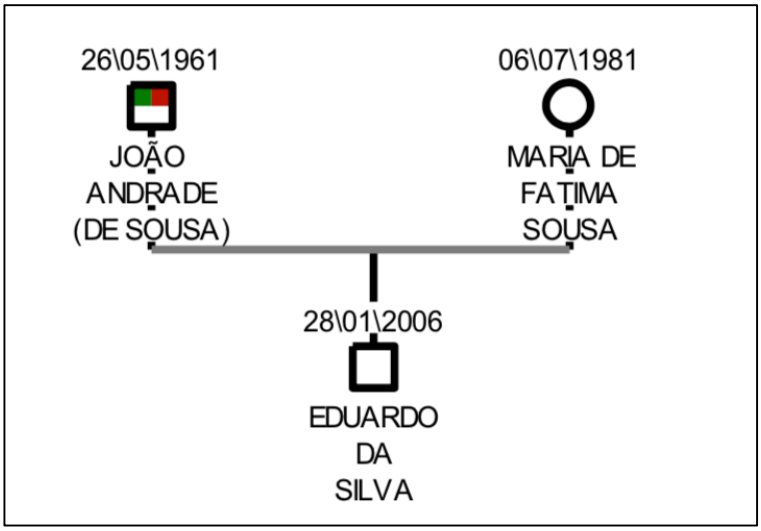
- Baixo Risco – quando existir menos de 10% de chance de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.
- Risco Intermediário – quando existir 10% – 20% de chance de um evento cardiovascular ocorrer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

O seguimento dos indivíduos com pressão arterial (PA) limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS (Unidade Básica de Saúde) ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas. Conforme com isto indico os exames de rotina (Eletrocardiograma; Dosagem de glicose; Dosagem de colesterol total; Dosagem de colesterol HDL; Dosagem de triglicerídeos; Cálculo do LDL = Colesterol total - HDL- colesterol - (Triglicerídeos/5); Dosagem de creatinina; Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1);

Dosagem de potássio; Fundoscopia. (CAB N° 37. 2013). O paciente retorna após uma semana com os seguintes dados da triagem:

- Peso: 97,4 kg
- PA: 160x100 mmhg

Figura 1 - Genograma da família



Apresenta ainda o controle da PA:

- 150x90 mmhg
- 160x100 mmhg
- 140x90 mmhg
- 150x80 mmhg
- 160x90 mmhg

Traz consigo os exames solicitados:

- Glicemia de jejum: 97 mg\dl
- Ácido Úrico: 5.0 mg\dl
- Creatinina: 0.7 mg\dl
- K+: 4,0 mEq\L
- Colesterol Total: 270 mg\dl
- LDL: 205 mg\dl
- HDL: 30 mg\dl
- Triglicerídeos: 180 mg\dl
- EKG: normal
- EAS: normal

- Fundoscopia: sem alterações

Agora posso calcular o escore de Framinghan para definir o risco cardiovascular do senhor João, o mesmo é classificado de alto risco. Identificou ao paciente com Hipertensão Arterial, Obesidade, hipercolesterolêmica.

- O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida. (Alimentação saudável rica em frutas e vegetais, pobre em gordura total e saturada com pouco sal, atividade física aeróbica por 30 minutos pelo menos na maioria dos dias da semana, evitar o fumo e redução no uso de bebidas alcoólicas)
- Neste caso o tratamento para João como os níveis pressóricos se enquadra no estágio 2, o tratamento medicamentoso pode ser iniciado com dois anti-hipertensivos em doses baixas simultaneamente (Hidroclorotiazida (25mg) 1 cpr ao dia mais Captopril (25mg) 1 cpr cada 12\12 h).
- Para a hipercolesterolemia as estatinas são a primeira escolha. (Atorvastatina, sinvastatina ou rosuvastatina)
- Recomendo a verificação semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento. Neste período, a pessoa deverá medir a PA na sala de “enfermagem/triagem/ acolhimento” e o resultado da verificação, data e horário deverão ser anotados no prontuário. A consulta médica de reavaliação do caso não deverá ultrapassar 30 dias. (Caso a PA não diminua com o uso da medicação indicada até a segunda semana de tratamento, após certificar-se que o paciente está fazendo uso correto da medicação prescrita, a equipe de Enfermagem deverá orientar o paciente para consultar com seu médico. Se o paciente não estiver usando corretamente a medicação, a equipe de Enfermagem deverá refazer a orientação sobre o uso da medicação e continuar monitorando a PA).

- Um mês após o início do tratamento, deve-se verificar, em consulta médica, se o senhor João atingiu a meta pressórica, isto é, PA menor que: 140/90mmHg na HAS não complicada. (Sociedade Brasileira de Cardiologia em setembro 2016).
- Consulta medica será planificada para João quadrimestral por ter alto risco cardiovascular. (CAB N° 37. 2013).
- Realizar visita domiciliar.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A mais de um ano atuo na unidade de saúde da família (UBS) Dr Enrique Lima De Meneses em Novo Progreso, PA uma das práticas mais relevantes é o acompanhamento de pré-natal. O acesso ao cuidado do pré-natal no primer trimestre da gestação tem sido uma prioridade para nossa equipe, a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções sobre condições que tomam vulneráveis a saúde das gestantes.

No período de pré-natal nossa equipe busca fazer que todas as gestantes realizem no mínimo as seis consultas de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde para todas as gestantes com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeira. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma (Caderno de Atenção Básica n.32, 2013):

- Até 28 semanas- mensalmente.
- Das 28 até 36 semanas- quinzenalmente.
- Das 36 até 41 semanas- semanalmente.

Considerando o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no 3º trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até a 40ª semana de gestação; gestantes cujo trabalho de parto não se inicie até a 41ª devem

ser encaminhadas à maternidade de referência; a gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido; da mesma forma, retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina; para as gestantes de alto risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequada a cada caso e depende diretamente do agravo em questão; recomenda-se visita domiciliar para gestantes faltosas, com intercorrências e para todas as puérperas, na 1ª semana pós- parto (São Paulo: SES/SP, 2010).

Na minha prática diária na unidade a enfermeira é que faz a captação e cadastro da gestante no SISPRENATAL, solicitando os examines e identificando patologias e fatores de risco que podem contribuir para uma evolução negativa da gravidez. Eu faço a segunda consulta, realizo o exame físico geral da gestante para que se tenha um acompanhamento efetivo de todas as mudanças corporais e condiciones física da mulher e do bebe, avalio os resultados dos exames e classifico a gestante em baixo risco ou alto risco, registrando os atendimentos no prontuário e no cartão da gestante. As classificadas de alto risco são acompanhadas no centro de saúde da mulher por um médico obstetra. Com a ajuda dos ACS fazemos a busca ativa das faltosas logrando aumentar as captações no primer trimestre da gravidez.

Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo do pré-natal consiste em uma assistência a mulher durante o período gravídico e puerperal, de forma que esta possa ser acolhida desde o início da gravidez, assegurando-lhe, até o final, o nascimento de um recém-nascido saudável e o bem-estar da mãe. (Caderno de Atenção Básica n.32, 2013). Outro fator benéfico é o funcionamento cada mês do grupo de gestantes para orientá-las sobre: a importância do pré-natal, promoção da alimentação saudável, importância da consulta odontológica, atividade sexual com proteção para prevenção das DST/AIDS, os sinais de alerta (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço), sinais e sintomas do parto, o uso de medicamentos que podem afetar a saúde do feto como a delas, a importância das consultas puerperais, importância da realização da triagem neonatal na primeira

semana de vida do recém-nascido e a importância do aleitamento materno e os cuidados com o bebe.

Orientamos as gestantes que vingam acompanhadas para participar destas atividades de educação que nós oferecemos, pois muitas vezes este é o espaço onde se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas em consultas formais. Além disto, fazemos visitas domiciliares com o objetivo de monitorar aquelas que apresentam qualquer alteração ocorrida no meio em que a gestante vive.

Em minha UBS o acompanhamento as gestantes são realizadas de forma acolhedora e com muita qualidade e responsabilidade. O pré-natal é uma das prioridades de nossa equipe, ele evita tanto a mortalidade materna como infantil capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer e desfrutar plenamente seu parto.

4. VISITA DOMICILIAR

Na UBS Dr Enrique Lima De Meneses a prática da visita domiciliar era feita de forma aleatória, conforme a demanda dos familiares ou dos profissionais (Agentes Comunitários de Saúde e enfermeira). Desde que comecei a trabalhar eu mudei esta metodologia visando ampliar o acesso e promover a equidade no atendimento. Para a execução da visita domiciliar é importante definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos (Ohara, ECC, 2008).

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou eco mapã.
- Identificar fatores de risco individuais e familiares.
- Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados.
- Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não.
- Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilode vida.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.
- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.

- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

O primeiro passo foi a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares (BORBA,2007). Assim, deve-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc.).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc.).
- Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:
- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.
- Das ausências no atendimento programado.
- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.
- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Solicitei aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que fizessem um levantamento dos usuários que necessitam de visita domiciliar contínua. Com base nesta lista o segundo passo foi classificar a complexidade desses pacientes, para garantir a priorização das situações de maior risco aplicamos uma escala de risco familiar, pautada nas informações presentes na ficha de cadastro da família (tabela 1) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 2008 (Oliveira R, 2004).

Tabela 1- Dados da Ficha A do SIAB e escores de risco

Sentinelas do risco		Escores do risco
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de 6 meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Diabetes mellitus		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual 1	2
	Se menor que 1	0
Classificação		
Risco menor	Até 6 pontos	
Risco médio	De 7 a 9 pontos	
Risco máximo	Maior que 9 pontos	

Fonte: Oliveira 2004.

O terceiro passo fiz o planejamento a periodicidade de visitas domiciliares às famílias pela equipe de saúde de acordo com a classificação de risco familiar (Oliveira R, 2004).

- Risco máximo: Visitas semanais.
- Risco médio: Visitas quinzenais.
- Risco menor: Visitas mensais.

Geralmente em minha UBS são realizadas de quatro a seis visitas por período, temos uma planilha de controle em que poderemos orientar os pacientes e avisar com antecedência o dia da visita. Um obstáculo que temos é que alguns casos necessitam de uma avaliação especializada de profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), mas no município não temos, além disso algumas vezes tive que cancelar as visitas de última hora, por falta de transporte para a realização das visitas, pois o carro e o motorista disponibilizados pela Secretaria de Saúde também servem para apoio logístico em outras atividades da secretaria.

Outro problema que se me apresenta é quando preciso encaminhar os usuários para uma avaliação médica especializada para fora do município, pois a maioria das especialidades médicas só podem ser agendadas em Santarém que fica a uns 700 km de distância. Embora a secretaria de saúde garanta o transporte as famílias relatam que demoram muito em ser chamados ou não tem quem acompanhe o paciente. As visitas em casos de doenças agudas não são frequentes, pois os cuidadores preferem levar os pacientes diretamente ao hospital, uma vez que o carro da visita só está disponível em dia e horário determinados. As visitas são realizadas juntamente com o ACS que conhece o endereço e a enfermeira também participa. No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário.

Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família, e os cuidadores têm seu espaço para esclarecimentos, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões. Durante a visita, todas as situações de risco identificadas devem ser abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores. Muitas vezes nas visitas domiciliares percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de subsídios, o cuidador centraliza todo o cuidado e não compartilha com os demais membros da família, em detrimento de sua própria saúde.

A partir das visitas, enfatizo que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem-estar biopsicossocial do usuário, a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo. A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos. Quando há necessidades de exames laboratoriais, eu os solicito. Os exames são trazidos pelo cuidador ou ACS, então eu registro em prontuário o resultado e procedo à conduta imediata. Considera-se a visita uma oportunidade para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como parceiro da família, identificando as especificidades de cada domicílio, indivíduo e família, podendo assim fortalecer os aspectos positivos e orientar a correção de problemas bem caracterizados durante a visita.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante a realização deste curso “Especialização em saúde da família” conseguimos ter um grande ganho de aprendizagem, tanto teórico quanto prático, ajudando-me no meu desenvolvimento profissional, pois através das aulas, artigos e atividades dos módulos pude aperfeiçoar minhas habilidades, me atualizar sobre protocolos e colocar em prática todo este conhecimento. Quando comecei meu trabalho na UBS, existia uma incidência elevada do número de pacientes com hipertensão arterial, e fiz meu projeto de intervenção educativa em pacientes com fatores de risco de hipertensão arterial. Através desse projeto tornou-se indispensável à atuação do profissional da saúde para conscientizar a população, quanto a importância da mudança do estilo de vida inadequado que intensifica surgimento dos fatores de risco.

Incorporei a minha agenda profissional o atendimento por grupos: Saúde da criança, do idoso, da mulher, o homem, saúde mental e como seriam feitas as visitas domiciliares. Essa organização facilitou meu trabalho, pois agora a população sabe

o dia de cada grupo e não se limita à demanda espontânea. Para cada grupo são agendadas dez consultas mais quatro vagas de demanda espontânea e duas urgências, totalizando até dezesseis atendimentos por período. Afinal, nosso trabalho primordialmente dever ser na prevenção de agravos e na promoção de saúde. Foi confeccionado um grupo de tabagismo integrado por quinze usuários, primeiramente fiz uma consulta antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental.

Nesta consulta com ajuda da enfermeira avaliamos a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física a nicotina, se há indicação de uso do apoio medicamentoso, existência de co-morbidades psiquiátricas, e colher sua história clínica. Aqueles que tiveram apoio medicamentoso foram acompanhados em consultas individuais subsequentes. Algumas iniciativas foram feitas visando melhorar a comunicação entre a equipe e a comunidade, tais como colocar cartazes e informativos nas paredes sobre a importância do aleitamento materno, importância de eliminar o habito de fumar, informação de como prevenir doenças de transmissão sexual, a importância dessa realização do preventivo do câncer do colo do útero, classificação de PA (pressão arterial) em maiores de 18 anos, entre outros.

O Curso de Especialização sempre alertou a importância de notificação de doenças, agora tenho as fichas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAM) em minha consulta. As doenças que mais notifique são Dengue, Sífilis, Tuberculoses Pulmonar, Hanseníase e Leishmaniose tegumentar americana. Outra mudança que fiz foi coletar mais dados nos prontuários individuais e aplicar o modelo SOAP para registro das informações, pois os prontuários tinham pouquíssima informação sobre os usuários. Fazendo uma reflexão sobre meu trabalho neste período, posso dizer que percebi uma melhor qualidade das consultas, aprendi a interagir com a equipe, convocando reuniões, pactuando ações e atuando no processo de planejamento e organização do serviço

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica de Hipertensão Arterial, CAB N° 37. 2013.

2. _____ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

3. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica Brasília. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. 2013.

4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.ISSN-0066-782X. Volume 107, Nº 3, Supl. 3. Brasil, Setembro, 2016.

5. _____Atenção ao pré-natal de baixo risco.1.ed.rev. (Caderno de Atenção Básica n.32). Brasília. 2013.

6. BORBA, PC; OLIVEIRA, RS; SAMPAIO, YPCC. O PSF na prática:

7. organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

8. Ohara, ECC; Ribeiro, MP. Assistência domiciliária. In: Ohara ECC, Saito
9. RXS (Eds.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. P. 115-30.

10. OLIVEIRA R; SAMPAIO, YP; BORBA PC. Organização de visitas domiciliares. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004. P. 134.

11. São Paulo. (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP. Manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

JIMMY GARCIA VALDES

INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM FATORES DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA COMUNIDADE JARDIM PLANALTO, UBS DR HENRIQUE LIMA DE MENESES.

NOVO PROGRESSO- PA

2017

1. INTRODUÇÃO

Novo progresso é um município brasileiro do estado do Pará, pertencente à Mesorregião do Sudoeste Paraense. Localiza-se no norte brasileiro, a uma latitude 07º08'52" Sul e a uma longitude 55º22'52" Oeste. Sua população em 2014 era de 25 169 habitantes, situada às margens da rodovia BR-163,está distante 1.639 km da capital do estado, o acesso a cidade se dá através da Rodovia Santarém-Cuiabá (BR-163), sendo a divisa do município com o estado de Mato Grosso a 367 km a Sul e a Norte a 79 km com o povoado de Moraes Almeida, localizado no município de Itaituba, PA.

O Barrio Jardim Planalto foi formado de diversas etnias: portugueses, espanhóis, italianos e alemães que vieram contribuindo para o início da urbanização do bairro. Antigamente o povo da aérea sobrevivia isolada plantavam mandioca, ananás, batatas, milho, melancia, feijão, etc. e vendiam alguns produtos que plantavam, no em tanto em decorrência do grande desenvolvimento da população da região nas últimas décadas contribuo que as mesmas seu torna-se muito populosa.

A unidade de saúde da família Dr Enrique Lima De Meneses, localizado em avenida Joao Atiles da Silva, s\n bairro Jardim Planalto, cidade de Novo Progresso no Estado de Pará, sendo 12000 o número de pessoas atendidas. Na sua área de abrangência tem uma população que a maioria é idosa, com um grande número de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. O número total da população desta UBS, um 30 % são idosos, o que acompanha os dados municipais. A equipe de trabalho de meu posto de saúde em que estamos trabalhando em função de diminuir a situação de as doenças crônicas não transmissíveis com a habilitação da Estratégia Saúde da Família.

A hipertensão arterial considera-se como um aumento da medida da pressão arterial acima dos valores de 139 mmHg/89 mmHg tendo em conta que existem múltiplos fatores que contribuem para esse aumento, os mesmos são classificados em fatores modificáveis e não modificáveis, sendo de maior interesse para o estudo os modificáveis, isto tem estreita relação com os estilos de vida de cada paciente.

A hipertensão arterial é classificada como uma doença crônica caracterizada pelo aumento constante no número de pressão do sangue nas artérias. Embora não haja nenhum limite para definir a fronteira entre o risco e segurança, de acordo com o consenso internacional estão associados com um aumento mensurável ao risco de aterosclerose e hipertensão, por conseguinte, é considerado clinicamente significativo, esse contexto. (Orellana. 2008). Assim é notório o aumento do número de pessoas que apresenta está doença crônica que está associada com morbidade significativa e alta mortalidade, que é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública, especialmente nos países desenvolvidos, afetando cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo é uma doença sintomática e de fácil diagnóstico; no entanto, apresenta-se com complicações graves e letais se não tratada precocemente. (ALBERT,2008).

Nesse sentido, o ministério dá saúde divulgou dados que mostram que a porcentagem de pessoas com pressão alta no Brasil afeta a mais de 30 milhões destes, 36% dos homens adultos e 30% das mulheres sendo o fator de risco, mas importante para o desenvolvimento dá enfermidades cardiovasculares. A cidade do Rio de Janeiro foi a capital com o maior percentual de pessoas que se declararam hipertenso, com 28%. Na sequência, aparecem Recife (27,6%), São Paulo (26,5%) e Campo Grande (26,5%). O menor índice foi registrado na cidade de Palmas, com 14,9% de pessoas com a doença. (Hipertensão Sobe não Brasil, 2016).

Têm sido notados que, em sociedades prósperas economicamente, esses fatores aumentam a incidência de hipertensão com a idade. A hipertensão arterial representa um dos principais problemas de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O comportamento da pressão arterial - PA elevada, nas fases iniciais da vida, tem demonstrado forte relação com a hipertensão na idade adulta, e isso tem despertado o interesse de pesquisadores em investigar a prevalência de PA elevada na infância e adolescência, e os fatores de risco associados e estilo de vida inadequada. (THREEFOOT, 2008).

Cifras alarmantes indicam que poderia existir um incremento de até o 60 % de hipertensos a nível mundial para o ano 2025, em todos os anos morrem 7,6 milhões de pessoas em todo mundo, sendo o 80% dessas mortes em países em

desenvolvimento como Brasil, más da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. (Marcus, 2010). No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no mundo. (Muniz LC. Cad. Saúde Pública 2012). Segundo a realidade atual do Brasil enquanto ás Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a Hipertensão Arterial Sistêmica constitui sem dúvida uma das doenças com maior prevalência, relacionada com múltiplos fatores de riscos modificáveis e não modificáveis, além dum aparecimento cada vez mais precoce, e repercuto sob a saúde da população, e pelo fato que na minha comunidade esta doença tem uma prevalência significativa, pois foi possível diagnosticar que nos últimos 6 meses aconteceu um aumento da incidência da doença, considera-se importante a necessidade de realizar intervenções imediatas por meio da implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde dirigidas à redução da exposição da população aos fatores associados ao risco de desenvolvimento da hipertensão arterial; a traves do conhecimento desta doença para fazer mudanças no estilo de vida das pessoas, fundamental para e diminuir a mobilidade, mortalidade suas complicações e melhoria de qualidade de vida dos pacientes.

Constitui-se, assim, o problema deste Projeto de Intervenção a seguinte questão: Promover ações educativas para os pacientes aumentarem o nível de conhecimento acerca dos fatores de risco de hipertensão arterial na comunidade do jardim planalto.

PROBLEMA

Constatação do aumento do número de pessoas com hipertensão arterial na comunidade do Jardim Planalto nos últimos seis meses.

JUSTIFICATIVA

Diante da incidência elevada do número de pacientes com hipertensão arterial na comunidade do Jardim Planalto e tendo em vista as complicações cardiovasculares e mortalidade provocada pela doença, foi evidenciado a necessidade de realizar uma intervenção educativa na perspectiva de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes a respeito dos fatores de riscos da hipertensão. Por conseguinte, tornou-se indispensável à atuação do profissional da saúde para conscientizar a população do estudo, quanto a importância da mudança do estilo de vida inadequado que intensifica surgimento dos fatores de risco. Por conseguinte, as ações educativas objetivam contribuir significativamente para conscientização do grupo estudado, havendo redução dos internamentos hospitalares.

Assim, é importante destacar que as ações de saúde contribuirão para mudanças de hábitos higiênicos, adoção de dietas alimentares e com essa população aumentará a expectativa de vida, reduzindo os riscos de mortalidade provocados pela complicação da doença.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Promover ações educativas para os pacientes aumentarem o nível de conhecimento acerca dos fatores de risco de hipertensão arterial na comunidade do Jardim Planalto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população do estudo, segundo variáveis de interesse.
- Identificar os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica no estilo de vida os pacientes.

- Realizar uma intervenção na comunidade através de um plano de ação contendo atividades educativas para melhorar a qualidade de vida da população.
- Avaliar os conhecimentos que os pacientes em estudo adquiriram quanto aos fatores de riscos que favorecem à aparição da hipertensão arterial.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O entendimento moderno da hipertensão iniciou-se com o trabalho do médico William Harvey (1578-1657), quem em seu livro de texto De motu cordis foi o primeiro em descrever corretamente a circulação sanguínea sistêmica bombeada ao redor do corpo pelo coração. Em 1733, Stephen Hales realizou a primeira medida da pressão arterial registrada na história. (Secretária de Saúde. México. D.F. 1993).

O reconhecimento da hipertensão primária ou essencial atribui-lhe à obra de Huchard, Vonbasch e Albutt. Observações por Janeway e Walhard levaram a demonstrar o dano de um órgão branco, o qual qualificou à hipertensão como o «assassino silencioso». Os conceitos da renina, a angiotensina e aldosterona foram demonstrados por vários pesquisadores no final do século XIX e princípios do século XX Nikolai Korotkoff inventou a técnica da auscultação para a medida da pressão arterial. (Boletim epidemiológico OPS. Vol. 25, 2004).

Os começos do presente século Teodoro Janeway acunham o termo de doença cardiovascular hipertensiva, o que introduz à hipertensão no âmbito das doenças circulatórias. (OPS.1998). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial e tem sido associada ao desenvolvimento de déficit cognitivo e demência. (Wattigney, 2003).

A HAS divide-se em essencial ou primária e secundária. Falamos de hipertensão arterial essencial ou primária quando não pode ser identificada uma causa específica da mesma, representando o 95% dos pacientes. A hipertensão secundária é aquela na que se demonstra uma causa reconcilie, representa o 5 por cento. (Rocha, 2002). Considerando-se valores de PA iguais ou superiores a 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências de HAS na população adulta entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), sendo superior a 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. (Cesarino CB. 2013).

Definição e classificação (VI DBH):

Tabela 5.1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 - 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

- Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura. (Sociedade Brasileira de Cardiologia em setembro 2016).

Outras definições ou tipos consideram-se:

- Hipertensão sistólica isolada (HSA): É mais frequente em pessoas a mais de anos de idade. Considera-se assim quando a pressão arterial (PA) sistólica é = ou > de 140 mmhg e a PA diastólica é < de 90 mmhg.
- Hipertensão de bata-a branca: Consideram-se com este tipo de hipertensão às pessoas que têm elevação habitual da PA durante a visita à consulta do médico, enquanto é normal seu PA no resto das atividades.

- Hipertensão refrataria ou resistente: É aquela que não se consegue reduzir a menos de 140/90 mmhg com um regime adequado terapêutico com três drogas em doses máximas, sendo uma de elas um diurético.

- Hipertensão maligna: É a forma mais grave de HTA; relaciona-se com necroses arteriolares nos rins e outros órgãos. O paciente tem insuficiência renal e retinopatia Hipertensiva grau II –IV.
- Hipertensão crônica estabelecida: Quando as cifras de pressão arterial se registram, com regularidade acima de limites normal. Lá medida da pressão arterial deve cumprir requisitos importantes para fazê-lo com exatidão, já que a ponto de partida destas serão precisadas as condutas apropriadas que individualmente deverão ser tomadas. (Sellen, 2008).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Meta-analise de 354 estudos clínicos releva que a redução da morbidade e mortalidade é proporcional à queda da pressão arterial, tanto sistólica quanto diastólica, podendo reduzir em até 46% a ocorrência de infartos do miocárdio e em 63% o número de acidentes vasculares encefálicos. (Law, 2003).

A hipertensão arterial pode ser prevenida ou postergada. As mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Tais adequações de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular (World Health Organization. 1997). Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, baixo consumo de sódio e álcool, adequada ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo e controle do peso

corpóreo. Tais recomendações são indicadas tanto para a prevenção da hipertensão como coadjuvantes do tratamento medicamentoso de hipertensos. (Willett, 1999).

4. METODOLOGIA

Para realização da intervenção foi realizado um trabalho de investigação na comunidade Jardim Planalto sobre os fatores de riscos que influenciam no aumento de pessoas com hipertensão arterial. Utilizando os aspectos gerais do estudo: realização de uma intervenção educativa com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento sobre o estilo de vida, dieta e hábitos de higiene em pacientes com fatores de risco que pertencem a comunidade Jardim Planalto no período de junho-dezembro do 2016. Através das seguintes etapas:

FASE DE DIAGNÓSTICO

Foi feito reuniões em na comunidade local com os agentes de saúde, membros da família que formam parte da investigação e como colaboradores do trabalho educativo. Após o consentimento desse coletivo foi preenchido um documento atestando a participação da população interessada. Sendo realizado um diagnóstico prévio do grupo através da informação de dados que foram coletados a partir da análise do estado de saúde, registros médicos e preenchimento da ficha familiar.

FASE DE PROJETO

Elaboração do plano de ação com ênfase na realização das propostas de intervenção educativa para fomentar a mudança de estilo de vida da população. Em

seguida, foi realizado o agendamento das atividades a serem realizadas em conformidade ao cronograma.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Tendo em conta os resultados obtidos com a aplicação do inquérito, foram realizadas ações tratando sobre questões do programa de educação para saúde, incluindo temas relacionados com a hipertensão arterial para aumentar o conhecimento das pessoas envolvidas. Portanto, foi iniciado o trabalho de intervenção na comunidade, isto permitiu a comunicação participativa entre o grupo de trabalho possibilitando a aplicação das técnicas que promoveram melhor compreensão sobre os riscos e complicações da doença, nesse momento de interação aconteceu diversos esclarecimentos das dúvidas que surgiram por parte dos pacientes.

FASE DE AVALIAÇÃO

Para aplicação das atividades que contemplam o questionário contido no anexo 01 desse documento, no mês de dezembro do ano de 2016, uma semana após a conclusão do plano de intervenção das ações educativas será aplicado o inquérito, para avaliar a modificação do conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão, fatores de risco e mudança no estilo de vida. Isto permitirá estabelecer uma comparação inicial e final, além dos dados obtidos durante o inquérito, que vai medir os impactos positivos da ação e pesquisa. Essas informações possibilitaram emitir conclusões e recomendações.

É relevante mencionar que o grupo de estudo foi composto pelo universo de 150 pacientes com fatores de risco de hipertensão arterial com idade entre 15 a 60 anos, da comunidade Jardim Planalto, ditos fatores de risco constitui um potencial de causar sérios prejuízos a saúde devido as complicações cardiovasculares e

cerebrais. Essa pesquisa foi realizada fazendo um corte transversal utilizando o método aleatório, tendo em conta outros critérios de inclusão, exclusão e saída.

4.1 Critério de Inclusão

Pacientes com idade entre 15 - 60 anos que apresenta um dos fatores de riscos associado com hipertensão arterial (tabagismo, obesidade, sedentarismo, níveis elevados de colesterol).

4.2 Critério de Exclusão

Os pacientes com deficiência mental não foram incluídos na pesquisa ou aqueles que possuíam algum outro problema ficou impedido de participar da pesquisa.

4.3 Critérios de saída

Mortes durante o curso da intervenção educacional, caso acontecesse. Os métodos utilizados foram os seguintes: Empírica: observação e inquérito. Análise teórica e síntese.

4.4 Técnicas e procedimentos

Cabe mencionar que todos os dados foram analisados e levados para as tabelas (ver anexo). A identificação do problema foi realizada pelo método de reflexão e classificação, por meio da técnica de classificação. Finalmente, utilizou – se programas como o Microsoft Excel 2007 para a execução automática de cálculos estatísticos, gráficos, tabelas e texto no Microsoft Word 2007.

OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

VARIÁVEL	TIPOS DE VARIÁVEIS	OPERACIONALIZAÇÃO	
		Escala	**Descrição**
Sexo	Qualitativo nominal	Masculino Feminino	Por Sexo
Grupos Etários	Quantitativa contínua	15-19 anos 20-24 anos 25-44 anos 45-59 anos 60 e mais.	De acordo com a idade atingida no momento da investigação.
Características Clínicas	Qualitativo nominal	Dor na cabeça, zumbido de ouvido, distúrbios visuais, aumento da tensão acima de 120/80mmhg.	Expressa pelos pacientes.
Fatores de Risco	Qualitativo nominal	Hábitos tóxicos tais como: fumar, cafeína o alcoolismo. Inadequados hábitos alimentares: alto consumo de gorduras, carboidratos e salt. O excesso de peso. Sedentarismo.	De acordo explicado pelos pacientes.
Comportamento	Qualitativo nominal	Satisfatório Não satisfatório	De acordo com as respostas dos participantes ao questionário sobre o assunto, é expresso em frequências absolutas e percentagem.

4.5 Discussão e síntese

A discussão dos resultados e sua interpretação foram realizadas por um trabalho cuidadoso mediado pelo tutor na base dos elementos encontrados na revisão da literatura, extraídas das publicações nacionais e internacionais e páginas da Web a partir da Internet, com os quais fazemos comparações. Os resultados são expressos em tabelas e gráficos estatísticos e medir impacto social.

5 CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Principais Tarefas	Executor/Responsável	Data		Resultado Previsto
		Início	Fim	
Ministrar palestra educativa sobre fatores de risco em termos de estilo de vida inadequados na doença hipertensiva.	Dr. Jimmy Garcia Valdes e agente comunitário.	Junho	Junho	Apresentar proposta sobre o propósito da investigação científica e os benefícios de mudanças nos estila de vida de doença hipertensiva.
Aplicação do questionário inicial	Dr. Jimmy Garcia Valdes e agente comunitário.	Julho	Julho	Medir o conhecimento inicial dos pacientes.
Apresentação de vídeos sobre fatores de risco em termos de estilo de vida inadequados na doença hipertensiva.	Dr. Jimmy Garcia Valdes e agente comunitário.	Agosto	Agosto	Educar e aumentar o conhecimento dos participantes, da comunidade do Jardim Planalto sobre fatores de risco e estilo de vida inadequado.
Discussão sobre o vídeo de fatores de risco	Dr. Jimmy Garcia Valdes e agente comunitário.	Setembro	Setembro	Aumentar o conhecimento dos

e estilos de vida inadequados				participantes da comunidade do Jardim Planalto sobre os fatores de risco e estilo de vida inadequados.
Apresentação de vídeo sobre o reconhecimento dos hábitos tóxicos que podem desenvolver a doença.	Dr. Jimmy Garcia Valdes e agente comunitário.	Outubro	Outubro	Educar e aumentar o conhecimento dos participantes da comunidade do Jardim Planalto sobre os hábitos tóxicos que podem desenvolver a doença.
Discussão sobre o vídeo sobre o reconhecimento dos hábitos tóxicos que podem desenvolver a doença.	Dr. Jimmy Garcia Valdes e agente comunitário.	Novembro	Novembro	Aumentar o conhecimento dos participantes da comunidade do Jardim Planalto sobre os hábitos tóxicos da doença.
Aplicação do questionário final aos participantes.	Dr. Jimmy Garcia Valdes e agente comunitário.	Novembro	Novembro	Medir impacto social

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização de palestras.
- Equipamento de multimídia.
- Computadores.

- Folha A4.
- Impressora.
- Caneta.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc. /Aux. Enfermagem, ACS.
- Pacientes com fatores de riscos associados com HTA.
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

RESULTADOS ESPERADOS

A realização desse trabalho foi bastante positiva para comunidade do Jardim Planalto, pois as ações realizadas desencadearam em impactos relevantes. A propósito do envolvimento da sociedade nos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade. Simultaneamente intensificou a melhoria de vida dos pacientes com risco de hipertensão arterial, diminuição da mobilidade e mortalidade da hipertensão arterial. Além disso, aumentou o nível de conscientização da população quanto ao conhecimento da doença e como levar o dia a dia com um estilo de vida adequado gerando aspectos favoráveis à qualidade de vida. Convém ressaltar que os agentes comunitários também ampliaram o nível de conhecimento para realizar melhor trabalho com os hipertensos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da pesquisa verificou-se que os pacientes estudados adquiram os conhecimentos significativos para sobre a hipertensão arterial e os fatores de riscos dessa doença. Isso foi constatado devido à diminuição do número de atendimento e internamento em salas hospitalares. Sendo percebido que os pacientes adotaram os hábitos alimentares adequados reduzindo as urgências devido ao conhecimento da doença. Outro aspecto que cabe mencionar foi à capacitação dos agentes comunitários por participarem ativamente das atividades

realizadas, estes com base nos conhecimentos científicos apresentados durante as palestras e exibição de vídeos, ficaram mais preparados para orientar as famílias da comunidade do Jardim Planalto e adjacências. Esta constatação ficou reconhecida após comparar o nível de conhecimento inicial e após a intervenção, seguida do inquérito considerando que os pacientes não possuíam conhecimentos anteriores sobre a doença, bem como os fatores de riscos da doença. E durante as palestras também se percebeu que os agentes comunitários precisavam aumentar o nível de conhecimento para melhor orientação dos pacientes.

Nesta pesquisa, aconteceu uma interação social entre o médico, agente de saúde e a população estudada, isto contribuiu para o esclarecimento das dúvidas, aquisição de informações, baseadas nos conhecimentos da medicina, onde os pacientes deixaram de utilizar as alternativas de tratamento da hipertensão arterial com o conhecimento empírico. Isso significa dizer que a atuação do médico na comunidade possui relevância porque o acesso à informação fica de fácil acesso e consequentemente há promoção e prevenção da saúde. Portanto, esse trabalho de conclusão de curso é indicado para estudantes em medicina, professores e pesquisadores da área de saúde e demais interessado pelo assunto.

REFERÊNCIAS

- Orellana, K. Tratado Estudio Epidemiológico de la Hipertensión Arterial y otros Factores de Riesgos en el Estado Lara Edición. Vol. 9. N°12. 2008. p. 959 -1068.

- ALBERT W. et al. Cochrane Update. 'Scoping the scope' of a Cochrane review. J Public. Health. Vol. 1.2008. p. 349-568.

- Hipertensão Sobe não Brasil. http://www.endocrino.org.br/hipertensao-sobe-nobrasil/, 2016.

- THREEFOOT. Prevención, diagnóstico, evaluación y control de hipertensión. República de Cuba. Guía de atención Médica. Edición Vol. 15 n°8. p. 590-686, 2008.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.ISSN-0066-782X. Volume 107, Nº 3, Supl. 3. Brasil, Setembro, 2016.

- MUNIZ, LC; CASCAES, AM; WEHRMEISTER, FC; MARTÍNEZ, MESA J; BARROS, AJD; MENEZES, AMB. Trends in selfreported arterial hypertension in

- Brazilian adults: an analysis of data from the Brazilian National House Hold Sample Survey. 28:1599-607. 1998-2008. Cad. Saúde Pública. 2012.

- Questionário Nacional de Doenças Crônicas. ENEC 1993. Secretária de Saúde. México. D.F. 1993.

- Boletim epidemiológico OPS. Vol. 25. No. 3. Setembro 2004-CIDBIMENA.

- Organização Pan-americana da Saúde. Prevenção Clínica. Guia para médicos. Publicação Científica No. 568. OPS. Washington. D.C. 1998. P: 199-216.

- Wattigney, WA; Mensah, GA; Croft, JB. Increasing trends in hospitalization for atrial fibrillation in the United States.1985 through 1999: implications for primary prevention. Circulation. 2003;108(6):711-6.

- Rocha, G.R. Temas de Medicina Interna. Editorial povo e Educação. A Habana. 2002; 3: 31-40.

- Cesarino, CB; Cipullo, JP; Martin, JF; Ciorlia, LA, Godoy, MR, Cordeiro, JA; et al. Prevalência e fatores sociodemográficos e hipertensos e S o os o Rio Preto. Arq. Bras. Cardiol. 2008;91(1):29-35. Diretrizes Arq. Bras. Cardiol. 101(6Supl.2): 1-63 55 Diretriz de Prevenção Cardiovascular. 2013.

- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão.

- Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arq. Bras. Cardiol; 95(1 supl.1):1-51. 2010.

- Sellen, C.J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento e controle. Disponível: http://revistas.mes.edu.cu. 2008.

- Law, MR; Wald, NJ; Morris, JK; Jordan, RE. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomized trials. BMJ; 326(7404):1427. 2003.

- Word Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Genebra, jun. 1997.

- Willett, WC; Dietz, WH; Colditz, GA. Guidelines for healthy weight. N. Engl J. Med.; 341(6):427-34. 1999.