YARIMA JUANA ROJAS DOMÍNGUEZ

VISITA DOMICILIAR

PARINTINS - AMAZONAS

FEVEREIRO DE 2017

YARIMA JUANA ROJAS DOMÍNGUEZ

VISITA DOMICILIAR

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: Ana Catarina Onofri Dantas

PARINTINS - AMAZONAS

FEVEREIRO DE 2017

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso (Portfólio) realizado nesta segunda parte do Curso de Especialização em Saúde da Família encontra-se organizado por atividades que estão em relação com o nosso trabalho diário como Equipe Básica na Atenção Primária na nossa comunidade e Unidade Básica de Saúde. No mesmo se expõem exemplos de ações de saúde, atividades, e resultados alcançados ao longo deste período. Na Introdução foram apresentadas algumas características relevantes da nossa área de abrangência, tanto demográficas quanto das principais doenças atendidas no nosso dia a dia, fazendo também um breve relato sobre o tema do Projeto de Intervenção desenvolvido durante a primeira parte do curso, com o tema: Melhoria da atenção em saúde aos pacientes com Hipertensão Arterial da área. No Caso Clínico foi descrito o acompanhamento em vários momentos em consultas e visita domiciliar a um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica. No qual se evidencia uma evolução favorável do mesmo. As Atividades de promoção e prevenção em saúde foram relacionadas com as consultas a pacientes com doenças crônicas, consultas de pré-natal, puericultura, e saúde mental. Na atividade de Visita Domiciliar se abordou sobre a importância, planejamento e organização da mesma por parte da equipe. Na Reflexão Conclusiva foram abordadas algumas mudanças positivas que foram feitas no nosso trabalho a partir dos conhecimentos adquiridos, evidenciando resultados positivos. E os benefícios e as satisfações que pessoalmente me trouxe a realização do curso na minha superação como profissional da saúde na Atenção Básica no Brasil.

Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, promoção da saúde, prevenção de doenças, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO. 7

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E NÍVEIS DE PREVENÇÃO. 13

3. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO 16

4. REFLEXÃO CONCLUSIVA 18

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO 20

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Yarima Juana Rojas Dominguez, tenho 30 anos, sou de nacionalidade cubana, sou Doutora em Medicina graduada da Universidade de Ciências Médicas de Holguín, Cuba, no ano 2010, com especialização em Medicina Geral Integral no ano 2014.

Sou médica do Programa Mais Médico para o Brasil desde o mês de fevereiro de 2016, atuo no município Parintins do estado Amazonas. Estou lotada na Unidade Básica de Saúde Dr. Toda que se encontra localizada no Bairro A Francesa, do mesmo município.

A UBS conta com três equipes de estratégia de saúde da família. Todas as equipes neste momento estão completas, duas equipes contam com médico do Programa Mais Médico e a outra equipe com um médico do PROVAB. Na UBS contamos também com uma doutora especialista em Ginecologia e Obstetrícia, uma Pediatra e um especialista em Odontologia.

As consultas de Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia fazem-se duas vezes na semana. A consulta de Odontologia três vezes na semana.

Minha equipe, que é a número três, é composta por nove integrantes: uma médica do Programa Mais Médico (eu), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e seis Agentes Comunitários de Saúde.

Atendemos uma população cadastrada de 1851 pacientes, moradores do centro da cidade. Representando os pacientes idosos o maior número dos atendimentos, e as doenças mais prevalentes as crônicas não transmissíveis como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, entre outras. E em menor medida outras infecciosas como: infecções respiratórias agudas, urinárias, parasitoses intestinais, doenças sexualmente transmissíveis. Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica o principal problema de saúde, em nossa UBS, não só pela alta prevalência como também pelo elevado índice de incidência nos últimos anos, constituiu a principal motivação para a realização do nosso projeto de intervenção com o tema: Melhoria da atenção em saúde aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade básica de saúde da família Dr. Toda. (Anexo1). O projeto constitui uma proposta de intervenção para trabalhar com pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Dr. Toda, do município de Parintins, Amazonas. Buscando ampliar a cobertura de atenção aos mesmos,

melhorar a qualidade no atendimento, sendo os atendimentos mais organizados e integrais, desenvolver ações de promoção à saúde aumentando os conhecimentos sobre a doença, e finalmente melhorar o estado de saúde e o controle dos nossos usuários hipertensos.

1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.

Acompanhamento do paciente O.S. pela ESF No. 3 da UBS Dr. Toda.

Primeira consulta 24/11/2016

Dados gerais: Paciente O.S. masculino de 43 anos, casado, trabalha como vendedor, com ensino médio completo, católico, natural de Parintins. Dados da triagem: Peso: 69 kg, Altura: 164 cm, CA: 90 cm, PA: 150/100 mmHg.

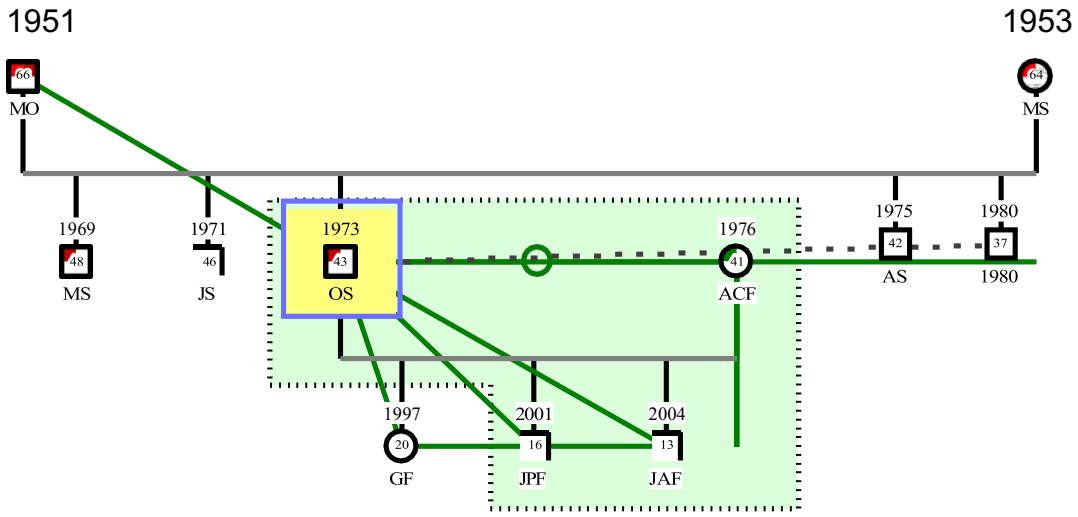
Queixa Principal: Cefaléia e cifra pressórica elevada.

Historia da Doença Atual: Paciente que se apresenta na UBS hoje queixando cefaléia intermitente há uma semana, principalmente na região occipital e acompanhadas de visão turva em ocasiões, que melhorava com Paracetamol e repouso. Relatando ter apresentado o dia anterior, durante o horário de trabalho na tarde, uma dor de cabeça forte, na região occipital e leve dor no peito, foi levado por um colega à emergência do Hospital Jofre Cohen onde permaneceu durante algumas horas em tratamento e observação médica, com aumento da pressão arterial de 160/100 mmHg.

Antecedentes Pessoais

Fisiológicos: Nascido de parto normal é o terceiro filho de 5 filhos. Patológicos: Não histórico de doenças crônicas até o momento. Alergia: Penicilina. Não hábitos tóxicos. Antecedentes Cirúrgicos: Apendicectomia há 14 anos. Antecedentes Familiares: Pai: vivo Hipertensão Arterial e Cardiopatia Isquêmica. Mãe: viva, Hipertensão Arterial. Irmão maior: Hipertensão Arterial. Genograma:

Realizou-se visita domiciliar no dia 25/11/2016 para montagem do Genograma familiar:



Relações emocionais

- - - - - 2 Distantes / pobres 9

Harmonia

1 Amor

6

1 Doença cardiaca/ Hipertensão Arterial Sistêmica

1 Obesidade

1 Hipertensão Arterial Sistêmica 1

Doença cardiaca

Paciente O.S mora com a esposa de 39 anos, que é obesa, e seus dois filhos menores de 16 e 13 anos, sem histórico de doenças referidas. Os dois filhos estão estudando. A filha maior, de 20 anos, é casada e mora com seu esposo, mas visita eles frequentemente. A casa tem boas condições estruturais, conta com serviços sanitários básicos e boa higiene. A alimentação é predominantemente baseada no consumo de carboidratos, a esposa gosta muito de fazer bolos e outros doces de frutas. As maiorias das tardes jantam na rua (pizzas e churrascos). As relações familiares são boas.

Exame Físico

Paciente com bom estado geral, biótipo normolíneo, orientado, bem hidratado, mucosa normocorada, eupneico, afebril ao toque. Estado Nutricional: IMC: 25.7 (normopeso). Exame cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, 89 bpm, sem sopros, PA: 150/100 mmHg. Pulsos periféricos: normais, sincrônicos.

Respiratório: FR: 18 irpm, não dispnéia, murmúrio vesicular conservado, sem ruídos agregados. Abdome: Plano, não circulação colateral, ruídos hidroaéreos normais, não dor à palpação, não visceromegalias. Não presença de edemas. Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Estágio II. Risco cardiovascular baixo. Calculado o Risco cardiovascular do paciente (escore de Framingham) 7%. (Escore de Framingham baixo (<10%/ 10 anos) Ausência de fatores de risco e ausência de lesão em órgãos-alvo).

Conduta

O paciente é diagnosticado e cadastrado como hipertenso. Orientado (MEV) Nutrição adequada e prática regular de exercícios físicos. Iniciar tratamento com Enalapril (20mg) um comprimido de 12 em 12 horas e Hidroclorotiazida (25mg) um comprimido de manhã. Controle diário de PA na UBS. (Mapa de PA) Indicados exames complementares: Hemograma completo, glicemia de jejum, lipidograma completo, creatinina sérica, uréia, exame de urina tipo1 (EAS), Eletrocardiograma. Encaminhamento a consulta de Oftalmologia para fundoscopia. Encaminhamento a Nutricionista do NASF. Agendada próxima consulta em sete dias.

Segunda consulta 01/12/2016. Dados da triagem: Peso: 69 kg, Altura: 164 cm CA: 90 cm. PA: 130/90 mmHg Paciente volta para consulta evolutiva, apresentando bom estado geral, refere que se sente bem, negando cefaléias, em uso regular do tratamento conforme orientado. Refere iniciou mudanças na sua alimentação, de acordo com as orientações da nutricionista que avaliou ele o dia 29/11/2016. Pendente a consulta com oftalmologista.

Avaliado o MRPA orientado:

- 25/11- 140/90
- 28/11- 130/90
- 29/11- 130/90
- 30/11- 130/80

Avaliados resultados dos exames laboratoriais indicados na consulta anterior: dia (28/11/2016) hemograma completo Hb 14,0 mg/dl, Hto 42%, leucograma normal, glicemia de jejum 86 mg/dl, LDL colesterol 149, HDL colesterol 54, triglicerídeos 126 mg/dl, creatinina sérica 0,6 mg/dl, uréia 25, exame de urina tipo 1 (EAS) normal.

Pendente o Eletrocardiograma.

Exame físico: Bom estado geral, orientado, bem hidratado, mucosas normocorada, eupneico, afebril ao toque. Exame cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, 84 bpm, sem sopros, PA: 130/90 mmHg. Respiratório: FR: 18 irpm, não dispnéia, murmúrio vesicular normal, sem ruídos agregados. Abdome: Ruídos hidroaéreos normais, não dor à palpação, não visceromegalias. Sem edemas. Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica em tratamento.

Conduta

Orientado novamente sobre nutrição adequada e atividade física regular. Continuar tratamento de base igual (Enalapril (20mg) um comprimido de 12 em 12 horas e Hidroclorotiazida (25mg) um comprimido de manhã). Controle de PA na UBS

duas vezes na semana. Exame do Eletrocardiograma (pendente). Avaliação Oftalmológica (pendente). Agendada próxima consulta em quinze dias.

Terceira consulta 15/12/2016. Dados da triagem: Peso: 68.5 kg, Altura: 164 cm, CA: 90 cm. PA: 120/80 mmHg. Paciente referendo sentir se bem, sem queixas, bom estado geral. Com exame de eletrocardiograma (07/12/2016) sem alterações. Controle de PA: (05/12)- 130/80. (8/12)- 130/80. (12/12)- 120/80. Refere tem marcada a consulta com oftalmologia para amanhã.

Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica controlada.

Conduta

- Orientado manter igual o tratamento de base.
- Agendado retorno para 90 dias.

Quarta consulta 16/03/2017. Dados da triagem: Peso: 67.5 kg, Altura: 164 cm, CA: 89 cm, PA: 120/80 mmHg. Paciente comparece a consulta programada de Hiperdia. Bom estado geral, negando queixas, fazendo uso regular do tratamento indicado. Avaliado em consulta de Oftalmologia o dia 28/12/2016, e indicado o uso de óculos para esforços visuais.

Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica controlada.

Conduta

Continuar tratamento de base. Renovado o receituário. Agendada próxima consulta em 90 dias com exames complementares de controle de rotina.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

Há um ano e meio atuo como médica do PMM na UBS Dr. Toda no município de Parintins, estado Amazonas. Estou integrada na equipe de saúde No. 3 que é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 6 ACS.

A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitarem o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde e, porém é a Unidade Básica de Saúde o primeiro acesso dos pacientes da área de abrangência ao mesmo, onde se garanta a continuidade do cuidado, a integralidade no atendimento, e a coordenação no cuidado à saúde dos mesmos. Como profissionais da Atenção Básica nosso trabalho é além do processo curativo e de reabilitação, voltado a desenvolver atividades de promoção e prevenção de agravos no bem de melhorar o estado de saúde da nossa comunidade.

É preciso dar a cada vez maior importância ao trabalho educativo e desenvolver uma medicina mais educativa e preventiva, isto traz benefícios tanto em resultados na saúde, quanto econômicos e sociais. Não é tarefa fácil mudar pensamentos, condutas e estilos de vida em nossos usuários, e tornar a prática profissional na UBS num sentido preventivo quanto curativo. O trabalho em equipe, organizado e com estratégias, e o seguimento e controle da situação de saúde da área de abrangência tem trazido resultados satisfatórios na minha experiência durante o último ano.

Desde o início da minha atuação tenho desenvolvido consultas tanto programadas quanto de demanda espontânea para pacientes de todas as idades, doenças e programas priorizados na Atenção Básica, como são: as consultas de Hiperdia, consultas a pacientes idosos, crianças, puericulturas, pré-natal, pacientes com doenças mentais, entre outros. Desde o primeiro momento fiz uma analise com a ajuda da equipe sobre as características e principais problemas de saúde existentes na área, para conhecer um pouco como era a situação de saúde e traçar linhas de trabalho em bem de melhorar a mesma.

A nossa equipe faz reuniões semanais para analisar problemas, propostas, planejar estratégias e analisar resultados. Desenvolvemos um projeto de intervenção para trabalhar com os pacientes hipertensos da área, devido a que a HAS era a doença que aportava o maior número de usuários, com o fim de melhorar seus conhecimentos sobre a doença e melhorar o acesso às consultas e o controle da doença. O trabalho desenvolvido pela equipe tem priorizado sempre o

desenvolvimento de atividades educativas, mediante a realização de ações educativas, de promoção de saúde, e prevenção de agravos, através de conversas e palestras individuais e coletivas, aproveitando qualquer contato com a população, até durante o momento em que os usuários ficavam aguardando pela consulta, durante as visitas domiciliares e nos grupos de idosos, entre outros. Nos labores de prevenção de doenças destacamos as estratégias de controle na atualização das vacinas e a realização do Papanicolau e Mamografia nas mulheres e o exame do PSA nos homens, assim como o acompanhamento e controle dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, entre outros.

Em quanto às consultas de pré-natal, puericultura e consultas a os pacientes com doenças mentais, a nossa equipe desenvolve também ações educativas: Com o pré-natal: se aborda sempre sobre a importância de fazer um bom atendimento e acompanhamento pré-natal, assim como a realização dos exames complementares precisos, vacinas, e dos cuidados durante a gestação como: alimentação saudável, higiene adequada, sexo protegido, importância do parto em condições adequadas, hospitalar, e amamentação e cuidados do RN. Orientações para as queixas mais freqüentes e possíveis complicações durante a gestação como: aparição de sangramentos vaginais, sintomas de doenças associadas com a gravidez como a DHEG, e outras doenças infecciosas vaginais, urinárias, respiratórias, entre outras.

Com a puericultura: se inicia desde a gravidez a promoção da importância do aleitamento materno exclusivo e a livre demanda durante os seis primeiros meses de vida, os cuidados adequados ao recém-nascido, à importância de fazer o teste do pezinho e de levar à criança às consultas de puericulturas programadas pela ESF. Desde o parto se faz um bom acompanhamento da puérpera e do RN por parte da ESF através das visitas domiciliares e consultas programadas na UBS. Tomando especial cuidado com aqueles que estão em situações de maior vulnerabilidade. Orienta-se à família sobre cuidados da criança, prevenção de acidentes, alimentação complementar adequada e saudável dependendo da idade. Orientam- se e disponibilizam-se as vacinas necessárias de acordo ao calendário vacinal. Faz- se vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança. Orienta-se sobre a prevenção das doenças mais comuns das crianças.

Com a saúde mental: já que a mesma não está dissociada da saúde geral faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes. Nós os profissionais da ESF realizamos

diariamente, por meio de intervenções e ações, atitudes que possibilitam suporte emocional a esses pacientes: desde o acolhimento adequado até a consulta e cuidado integral dos mesmos e não olhando para eles como pacientes que vem só para renovar uma receita ou solicitar um encaminhamento para o psicólogo ou psiquiatra.

Em nosso município contamos com um CAPS e com profissionais capacitados para o atendimento a esses pacientes, mas neste momento não contamos com psiquiatra. Porém o trabalho nosso na APS é de vital importância devendo desenvolver ações como: manter uma boa comunicação com eles, escutando eles, alcançando empatia, acolhendo suas queixas emocionais, convidando-os por um momento para pensar/refletir, incorporando-os nas atividades educativas e de prevenção de saúde organizadas pela equipe. Temos alcançado até o momento bons resultados com nossos pacientes, os que são bem conhecidos e acompanhados pela equipe.

3. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na minha UBS a prática da visita domiciliar é uma atividade fundamental realizada por todos os profissionais das três ESF. Sendo feita semanalmente de forma programada por cada uma das equipes e beneficiando toda a população da área de abrangência das mesmas. No caso da minha equipe antes de eu começar minha atuação, a mesma tinha permanecido sem médico durante vários meses e, as visitas eram feitas conforme a demanda dos familiares ou dos profissionais (enfermeiro e ACS), os quais faziam as visitas e nos casos dos pacientes que precisavam atenção médica no domicílio, a mesma era solicitada para algum dos dois médicos das outras duas equipes da UBS.

Depois da minha incorporação à equipe eu comecei mudar aquela metodologia visando ampliar o acesso de todos e promover a equidade no atendimento, e também potenciar os atendimentos domiciliares a pacientes da área faltosos às consultas programadas, bem como aqueles identificados com maiores riscos e vulnerabilidades. Primeiramente solicitei a cooperação dos ACS para conhecer sobre a situação de saúde geral e ambiental da área e pedi para eles que fizessem um levantamento dos usuários com necessidades de visita domiciliar contínua como: pacientes acamados, com doenças terminais, etc. para poder fazer a programação e o planejamento dos atendimentos a esses pacientes.

Favorecendo assim o controle dos mesmos e evitando reclamações dos cuidadores sobre as demoras nas visitas e por outro lado fortalecendo o vínculo e a cooperação com os mesmos. Atualmente fazemos essa programação de forma semanal nas reuniões da equipe. E os pacientes são orientados e avisados com antecedência sobre o dia da visita. Temos um livro de controle das visitas domiciliares da equipe no qual fica registrado todo o que corresponde com as visitas: a programação, agendamentos, visitas solicitadas por demanda dos familiares do paciente, principais observações da equipe durante as visitas, etc.

Na nossa equipe, as visitas são organizadas para cada profissional da seguinte maneira: no horário matutino todas as terças e quintas feiras a enfermeira faz a visita domiciliar acompanhada pelo ACS responsável da família e a técnica de enfermagem, fazendo um total de até dez VD semanais. E eu (médica) faço as visitas domiciliares também no horário matutino todas as sextas feiras, acompanhada igualmente pelos ACS responsáveis das famílias a visitar e a técnica de enfermagem, faço até seis

visitas semanais. Nossos ACS fazem visitas diariamente, fazendo vigilância epidemiológica, desenvolvendo atividades educativas, entre outros trabalhos.

Nos casos dos pacientes que necessitam de uma avaliação especializada dos profissionais do NASF como o fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, ou trabalhador social fazemos encaminhamento e coordenação com esses profissionais, os quais acompanham muitas vezes à equipe, e as visitas são feitas em conjunto. Tudo o acontecido durante as VD é registrado nos prontuários individuais dos pacientes.

Durante as visitas nós fazemos uma avaliação integral do paciente, o ambiente em que se desenvolve, realizamos as orientações precisas em cada caso, orientamos a terapêutica a ser instituída, encorajamos o relacionamento adequado com os cuidadores e lhes ofertamos a oportunidade de esclarecer suas dúvidas em relação à conduta entre outros aspectos. Fazemos ênfase na importância de seguir as orientações da forma adequada, a participação de todos os membros da família no cuidado do paciente, e oferecemos apoio emocional tanto para o paciente quanto para os familiares. E se capacita ao familiar/cuidador para realizar algumas ações e procedimentos de menor complexidade necessários no cuidado ao paciente.

A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em pacientes diabéticos. Nos casos com necessidade de realizar exames laboratoriais, solicito os mesmos e são agendados para fazer a coleta na residência do usuário e quando não possível como nos casos do ECG, Radiografias e Ultrassonografias se pede a colaboração dos familiares para o deslocamento do paciente ao local de realização ou se solicita a ambulância dependendo da gravidade do caso. Logo os resultados dos exames são trazidos pelo cuidador ou ACS, para avaliação e registro no prontuário do resultado e se programa a consulta ou visita imediata, na qual lhe oferecemos a informação, orientação e conduta adequada em cada caso.

As visitas domiciliares alcançam seu objetivo quando através das intervenções e orientações realizadas pela ESF se alcançam bons resultados na melhoria da qualidade de vida e nos processos curativos e de reabilitação dos pacientes.

4. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Fazendo uma reflexão sobre minha trajetória no Curso de Especialização em Saúde da Família posso dizer que me proporcionou muitos benefícios tanto pessoais quanto laborais. Foi uma experiência excepcional, sendo a minha primeira experiência com a metodologia de educação à distância. Também um desafio enquanto ao idioma, sendo a primeira vez que fazia um curso em língua portuguesa, o que me possibilitou adquirir e melhorar meus conhecimentos sobre a mesma. A experiência com a nova metodologia me mostrou muitas vantagens como: a flexibilidade no horário, a permanente disponibilidade das aulas, para consultar sempre em qualquer momento, a possibilidade de ter uma comunicação direta com as tutoras e demais colegas da turma. Permitindo-me conhecer as realidades particulares de trabalho dos mesmos através dos fóruns realizados durante o curso e a troca de experiências.

Com a realização do Curso aprendi mais sobre os aspectos histórico- culturais, do Brasil, da minha comunidade de atuação, e sobre o SUS, permitindo me ter um novo critério e diferente visão do trabalho na Atenção Básica, sua importância, princípios, desafios.

As aulas, materiais educativos, e atividades nos diferentes Eixos e módulos desenvolvidos ampliaram meus conhecimentos e possibilitaram minha atualização nos fluxogramas e protocolos de atendimentos da atenção primária no Brasil. Alcançando assim melhorar e enriquecer minha prática clínica, utilizando o método baseado em evidências. Aprendi sobre investigação, uso das tecnologias e informática, avaliação e gerência em saúde.

Os conhecimentos adquiridos me ajudaram na organização do meu trabalho, na toma de iniciativas e participação mais ativa nas reuniões da equipe.Contribuindo com propostas de atividades, projetos e ações, que tiveram um impacto positivo na saúde da comunidade. Um exemplo foi o desenvolvimento do Projeto de Intervenção para trabalhar com os pacientes com HAS da área, visando a melhoria do acesso e o ganho de conhecimentos dos mesmos sobre a doença, através do qual diminuiu se a incidência das complicações produzidas pelo descontrole da mesma.

Com o decorrer do curso alcancei uma melhor comunicação e interação com meus colegas da equipe e da UBS, colegas do NASF, assim como com os pacientes. Conheci mais das características da área onde atuo. Fiz investigações sobre a

história, características, dados epidemiológicos, centros especializados no apoio à saúde, funcionamento das redes de atenção, metas e desafios no trabalho da APS no meu município.

Graças ao que aprendi durante o curso promovi várias mudanças no meu dia a dia de trabalho, como foi: a organização da Agenda Profissional integrada de todos os membros da equipe. Que anteriormente predominavam os atendimentos de demanda espontânea e urgências, e que foi mudado, e, agora além de ter um dia completo para demanda espontânea fazemos o atendimento de forma agendada com prioridade para grupos específicos como: usuários de Hiperdia, Saúde da mulher e do Homem, do Idoso, puericulturas, pré-natal e Visitas Domiciliares. Na atualidade reservamos 12 vagas para consultas agendadas e 4 para demandas espontâneas e urgências em cada período, respeitando um dia da semana só para demanda livre. Outro ponto foi enquanto à coleta e registro das informações nos prontuários dos usuários, que comecei fazer seguindo o modelo do SOAP. Também o preenchimento adequado das cadernetas das grávidas, crianças e idosos. Atualizando dessa forma as mesmas e alcançando a educação aos usuários na importância das mesmas. Promovi o desenvolvimento de atividades educativas de promoção e prevenção em saúde aproveitando todos os espaços e contatos com a população.

De forma geral e significativa meu trabalho ficou mais organizado a partir da prática dos conhecimentos que adquiri. A realização do Curso tem sido uma oportunidade que agradeço infinitamente por ter contribuído com a minha superação profissional e ter me dado a possibilidade de me desenvolver melhor no meu acionar diário no trabalho na APS no Brasil durante o último ano e meio que formo parte do PMMB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica No. 15. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília-DF /2006.
- Brasil. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica No. 14. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular. Brasília-DF /2006.
- Brasil. Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica No. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília- DF /2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, No. 32. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília/2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, No. 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília/2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, No. 34. Saúde Mental. Brasília/2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília 2013.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

YARIMA JUANA ROJAS DOMÍNGUEZ

MELHORIA DA ATENÇÃO EM SAÚDE AOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DR. TODA.

PARINTINS - AMAZONAS
FEVEREIRO DE 2016

RESUMO

Este projeto constitui uma proposta de intervenção para trabalhar com pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Dr.Toda, do município de Parintins, Amazonas. Buscamos ampliar a cobertura de atenção aos mesmos, melhorar a qualidade no atendimento, sendo mais organizado e integral, desenvolver ações de promoção à saúde aumentando os conhecimentos sobre a doença, promover mudanças positivas no estilo de vida modificando os fatores de riscos associados. Contribuir com a diminuição da morbilidade causada pela doença. Melhorar o estado de saúde e o controle dos usuários hipertensos. A estratégia será baseada em ações de promoção de saúde, palestras, atividades coletivas, consultas individuais, visitas domiciliares. No Projeto de Intervenção participarão todos os integrantes da ESF No. 03 da UBS Dr. Toda, e como população de referência, os pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica, pertencentes à área de abrangência. O principal objetivo do projeto é melhorar a atenção em saúde dos pacientes hipertensos de nossa área.

PALAVRAS-CHAVE: hipertensão arterial, promoção de saúde, estilo de vida.

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associados a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios, e nas musculaturas cardíaca e vascular. A doença apresenta curso clínico em geral assintomático, ou com período de manifestações clínicas que podem ser comuns a outras patologias, tais como: dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjôos, falta de ar e sangramentos nasais. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no mundo. (Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006).

Eu atuo como médica do PMMB desde o mês de fevereiro do ano 2016 na UBS Dr. Toda, localizada no bairro A Francesa, no município de Parintins, Estado Amazonas. A UBS conta com três equipes de saúde da família. Todas funcionando com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Funciona com atendimentos diários de segunda a sexta feira, nos horários da manha e na tarde. São realizadas consultas médicas e de enfermagem, desenvolvidos programas priorizados de saúde como o programa Hiperdia, se faz consultas de atenção para crianças, idosos, pré-natais e pacientes de todas as idades, representando uma demanda significativa os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, sendo a Hipertensão Arterial a mais freqüente. Também são feitas visitas domiciliares aos idosos, acamados e outros pacientes com necessidade de atendimento domiciliar.

Atualmente o número estimado de hipertensos residentes na área de abrangência da minha equipe, e acompanhado na UBS é de 182 pacientes, representando o 11.85% da população maior de 14 anos, a HAS constitui a doença crônica não transmissível que aporta o maior número de atendimentos nas consultas médicas, com uma tendência ao aumento na incidência da mesma. Porém representa o nosso principal problema de saúde, e a nossa motivação na realização deste projeto de intervenção, com a finalidade de contribuir na melhoria da atenção a esses pacientes.

O controle e o diagnóstico da Hipertensão Arterial tem sido atribuição da atenção primária da saúde, o programa de estratégia de saúde da família pretende

promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a promoção de hábitos de alimentação saudável, atividade física, e a prevenção ao uso do tabaco e álcool que contribuem a diminuir o desenvolvimento e as complicações da doença.

PROBLEMA

Dificuldades na atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Dr. Toda do município de Parintins/Amazonas. Na UBS Dr. Toda localizada no bairro A Francesa, do município de Parintins, Estado Amazonas, a Hipertensão Arterial Sistêmica vem sendo o principal problema de saúde, não só pela alta prevalência como também pelo elevado número de pacientes hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, e também pelo alto índice de abandono do tratamento.

Os pacientes não estão assistindo regularmente às consultas e o trabalho educativo e de controle por parte dos profissionais da saúde da UBS está sendo insuficiente. Segundo os dados estatísticos oferecidos pela secretaria de saúde do município, a prevalência atual de HAS na área de saúde assistida pela ESF No. 03, que assiste uma população de 1851 pacientes, são de 182 pacientes, representando o 11.85% da população maior de 14 anos.

Entre as causas mais importantes deste aumento na incidência da doença estão: a introdução cada vez maior de alimentos processados e industrializados na dieta diária do parintinense, o sedentarismo e a falta de hábitos de prática regular de exercícios físicos, a obesidade e o pobre conhecimento sobre a doença. Existem na área de abrangência muitos pacientes com esta doença e com algumas complicações próprias do descontrole da mesma. A modificação dos fatores de riscos e a melhora na atenção aos pacientes hipertensos reduzem a possibilidade de desenvolver as complicações da HAS.

JUSTIFICATIVA

Na Unidade Básica de Saúde são realizadas atividades de promoção e prevenção em vários momentos e espaços, se dá prioridade ao programa de HIPERDIA e à atenção ao paciente idoso. Mas continua notando-se uma tendência

ao aumento na incidência da doença, assim como a aparição de complicações da mesma. A HAS constitui a doença crônica não transmissível que aporta o maior número de atendimentos e causas de consultas médicas. Para nossa equipe este problema de saúde representa uma prioridade de trabalho e a motivação para a realização deste projeto de intervenção. Precisamos desenvolver ações que mudem esta realidade.

A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar a doença. As medidas devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender as necessidades especificas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação. Com estas atividades buscamos educar aos pacientes hipertensos no conhecimento da doença evitando complicações, e manter um maior controle dos pacientes cadastrados com HAS e outras doenças associadas.

No desenvolvimento deste projeto de intervenção, trabalharemos toda a equipe de saúde da família número 03 da UBS Dr. Toda. Conformada por nove integrantes: a médica, o enfermeiro, a técnica de saúde e seis Agentes Comunitários de Saúde. Os sujeitos deste estudo serão todos hipertensos da nossa UBS.

Esperamos contribuir a melhorar a atenção aos pacientes com HAS da área, partindo da aquisição de conhecimentos oportunos pelos mesmos sobre a doença, assim como alentando mudanças no estilo de vida e controle dos fatores de riscos mutáveis, diminuindo as complicações da mesma.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção em saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Dr. Toda do município de Parintins, Amazonas.

2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura de assistência aos pacientes hipertensos da área e melhorar a qualidade da atenção integral aos mesmos;
- Promover ações educativas de saúde; incentivando condutas e estilos de vida saudáveis nos pacientes hipertensos;
- Aumentar os conhecimentos sobre a hipertensão arterial, seus fatores de riscos, prevenção e complicações da mesma;
- Avaliar os conhecimentos adquiridos pelos pacientes ao finalizar o projeto.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa hoje um significativo problema de saúde no Brasil, e no mundo, que atinge cerca de 1/4 da população adulta, com alta prevalência e baixas taxas de controle. Sendo que o seu aparecimento está cada vez mais precoce, assim como que vem aumentando a cada dia o número de pacientes hipertensos descompensados, e, porém, padecendo as complicações da mesma. (Brasil, 2010).

Em 95% dos casos, a causa é desconhecida, sendo chamada de HA primária ou essencial. Nos demais, ocorre a HAS secundária, ou seja, quando uma determinada causa predomina sobre as demais, embora outras possam estar presentes. É o caso da: HA por doença do parênquima renal ou por algum problema nas artérias renais, Insuficiência Renal Crônica, Glomerulonefritis, Rins Policísticos, a HA de causa endócrina por: Aldosteronismo Primário, Feocromocitoma, Síndrome de Cushing, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, a HA relacionado à gestação, a HA relacionado ao uso de medicamentos; como: antiinflamatórios, anticoncepcionais, corticóides, a HA relacionado a doenças neurogênicas como: Doenças medulares, Trauma crânio-encefálico, Hipertensão intracranial. (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão/2006).

Existem vários fatores de riscos que aumentam a chance de desenvolver a HAS. Os fatores de risco podem ser mutáveis e imutáveis. Entre os imutáveis estão: a raça e a etnia, a idade, o sexo, o histórico familiar. Entre os mutáveis: dieta inadequada relacionada com: a elevada ingestão de sal, alta ingestão calórica, baixa de potássio, o sedentarismo, a obesidade, os hábitos tóxicos como: o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, fatores socioeconômicos, também a existência de algumas doenças como dislipidemias, e o estresse. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis para doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. A V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006) permite classificar os indivíduos portadores de hipertensão

arterial, acima de 18 anos de acordo com níveis de pressão arterial em: A classificação da hipertensão arterial em: Ótima: pressão arterial sistólica < 120 e pressão arterial diastólica < 80. Normal: pressão arterial sistólica < 130 e pressão arterial diastólica < 85. Limítrofe: pressão arterial sistólica de 130-139 e pressão arterial diastólica de 85-89. Hipertensão estágio 1: pressão arterial sistólica de 140-159 e pressão arterial diastólica 90-99. Hipertensão estágio2: pressão arterial sistólica de 160-

179 e pressão arterial diastólica 100-109. Hipertensão: estágio3: pressão arterial sistólica > ou = 180 e pressão arterial diastólica > 110. Hipertensão sistólica isolada: pressão arterial sistólica > ou = 140 e pressão diastólica < 90. Sendo que quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificar a pressão arterial. (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006).

De acordo com o VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão os fatores de risco para HAS são: Idade: Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Gênero e etnia: A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5a década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Excesso de peso e obesidade: O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m2 no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA. Ingestão de sal: A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Ingestão de álcool: A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Sedentarismo: A atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. Fatores socioeconômicos: A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. Genética: A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Outros fatores de risco cardiovascular: Os fatores de risco cardiovascular freqüentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em

famílias com estilo de vida pouco saudável. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Tratamento não medicamentoso

Inclui: o controle do peso; Circunferência abdominal <88 cm para mulheres e <102 cm para homens; Cirurgia bariátrica para hipertensos com obesidade grave ou moderada; Dieta: rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, dieta hipossódica (5 g de cloreto de sódio – sal de cozinha, ou 2 g de sódio), suplementação de ômega 3; Redução do consumo de álcool; Atividade física (30 min. 5 x/sem); Técnicas de controle de estresse: meditação, yoga, musicoterapia.

Tratamento medicamentoso:

São usados fármacos: Diuréticos; Inibidores adrenérgicos de ação central; Betabloqueadores; Alfas bloqueadores; Vasodilatadores diretos; Antagonistas dos canais de cálcio; Inibidores da ECA; Bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II;Inibidores diretos da renina. Deve-se sempre obter a história clínica completa dos pacientes, com especial atenção aos dados relevantes referentes ao tempo e tratamento prévio de hipertensão, fatores de risco, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente e ao consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir em seu tratamento (antiinflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, etc.).

As modificações no estilo de vida levam ao retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe. Têm também impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravo da hipertensão. (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Devem ser metas dos profissionais de saúde a identificação precoce e a abordagem adequada dos fatores de riscos para o desenvolvimento da hipertensão arterial, principalmente na população de alto risco. Entre as medidas preventivas, destacam-se a adoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática de atividade física e o abandono do tabagismo. (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006).

4. MATERIAIS E MÉTODO

Este projeto de intervenção terá como finalidade melhorar a atenção em saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Dr. Toda do município de Parintins/Amazonas.

Trata-se de uma proposta intervencional, onde trabalharemos com os pacientes diagnosticados com HAS da UBS Dr.Toda, pertencentes à área de abrangência da equipe No. 03, que apresentam dificuldades no acesso à atenção em saúde e que não têm controle adequado da doença, visando melhorar a cobertura de assistência, aumentar seus conhecimentos sobre a doença, modificando fatores de riscos e diminuindo as possibilidades de desenvolver complicações, melhorando assim, o estado de saúde destes pacientes.

O projeto terá uma duração de sete meses, serão realizadas atividades individuais para cada paciente (consultas), e atividades grupais. Será realizado pelos integrantes da ESF no. 03 da UBS Dr. Toda: a médica (do Programa Mais Médicos), o enfermeiro, a técnica de enfermagem, e os seis ACS que integram a equipe.

A coleta de dados e atividades será realizada pelos integrantes da equipe. Contando com a participação ativa dos pacientes cadastrados com HAS, pertencentes à área de abrangência. A área conta com uma população cadastrada de 1851 pacientes, dos quais, 182 pacientes são hipertensos, representando o 11.85% da população maior de 14 anos.

No início do projeto será feita uma capacitação aos profissionais de saúde da UBS sobre Hipertensão Arterial, sendo a médica a responsável dessa atividade.

As consultas individuais para cada paciente serão realizadas de 15 em 15 dias alternando com as visitas domiciliares. Na UBS os dias planejados para as consultas aos pacientes do programa de Hiperdia são todas as quartas feiras, no horário das 08h00min horas até 12h00min horas. Mas realizaremos também consultas os dias de segunda feira no mesmo horário, das 08h00min horas até 12h00min horas, aumentando assim a cobertura de assistência médica para estes pacientes. Os atendimentos serão previamente agendados e programados no marco das reuniões semanais da equipe. Todos os dados das consultas serão registrados no prontuário individual do paciente. Os atendimentos serão realizados de forma integral, realizando o exame físico completo e detalhado dos pacientes, pesquisado também a presença

de outras possíveis doenças associadas. Serão indicados exames complementares, fazendo ênfase no estudo cardiovascular, conhecendo que a HAS constitui o principal fator de riso para doenças cardiovasculares, serão realizadas avaliações multidisciplinares, incluindo avaliação por cardiologia, oftalmologia, nutricionista, entre outros, naqueles casos que precisarem, e se brindará sempre informação clara e atualizada ao paciente sobre sua condição.

Além das consultas na UBS serão realizadas visitas domiciliares semanais aos pacientes. As visitas serão programadas nas reuniões semanais da equipe e com a ajuda dos ACS, fazendo ênfase nos pacientes faltosos às consultas. Nas visitas serão controladas as cifras de pressão arterial, o uso adequado dos tratamentos de base, e serão realizadas atividades educativas de tipo conversa, dando orientações de saúde individual, familiar, e ambiental. Todas as informações serão também registradas nos prontuários.

Será realizado o constante monitoramento dos exames complementares e o acesso às medicações da farmácia básica por parte dos pacientes. Contando para isso com a ajuda dos ACS responsáveis pelos pacientes. Serão desenvolvidas duas atividades grupais. A primeira atividade grupal se realizará no segundo mês do inicio do projeto através de palestra, com o objetivo de brindar informações sobre a doença, as medidas de prevenção, os fatores de riscos, os esquemas de tratamentos e a prevenção das complicações. A segunda atividade será realizada no penúltimo mês do inicio do projeto com o objetivo de avaliar os conhecimentos adquiridos pelos pacientes sob riscos e complicações da doença.

As ações de promoção de saúde serão realizadas de forma constante, aproveitando todos os momentos e contatos com os pacientes, durante o tempo de espera para a consulta médica, durante as consultas individuais e as visitas domiciliares.

No penúltimo mês do projeto será realizada uma avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos pacientes ao longo do projeto. Será realizado em forma de questionário individual. (Em anexo). No ultimo mês se realizará a avaliação dos resultados do projeto pela equipe, logro dos objetivos traçados e impactos na população.

5. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	et 016	ut 016	ov 016	ec 016	an 017	ev 017	ar 017
Apresentação da proposta de intervenção.							
Elaboração do projeto de intervenção							
Capacitação aos profissionais de saúde da UBS sobre HAS							
Atendimento clínico individual aos pacientes hipertensos.							
Visitas domiciliares aos pacientes, priorizando os faltosos à consulta.							
Atividades grupais.							
Monitoramento dos exames complementares e o acesso às medicações da farmácia básica.							
Ações de promoção à saúde.							
Registro das informações.							
Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos pacientes.							
Apresentação e avaliação dos resultados do projeto.							

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 Recursos humanos

O projeto contará com a participação da equipe de saúde no. 03 da Unidade Básica de Saúde da família Dr. Toda, do município Parintins, AM, composta por nove integrantes: a médica do PMM, o enfermeiro, a técnica de enfermagem e os seis Agentes Comunitários de Saúde.

6.2 Recursos Materiais

Esfigmomanómetros (aparelho de pressão), estetoscópios, balança, fita métrica, canetas, folhas, prontuários dos pacientes, requisição para exames laboratoriais, receituários, pasta para arquivo do planejamento das atividades, sala para consultas médicas individuais, sala para a realização de atividades de grupo.

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Ampliação da cobertura de assistência aos pacientes hipertensos daárea.
- Melhoramento na qualidade da atenção integral aos pacientes hipertensos.
- Mudanças positivas nas condutas e estilos de vida dos pacientes hipertensos.
- Aumento dos conhecimentos adquiridos pelos pacientes sobre a doença, fatores de riscos e prevenção das complicações da mesma.
- Diminuição da morbilidade e a incidência de urgências hipertensivas e complicações nos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica. 1. ed. n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Analise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Vigitel. Brasil 2014.

Vigilância de Fatores de Riscos e proteção para doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil, Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006.

Brasil, Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Brasil, Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil. Brasília, DF, 2011.

DIAZ, M. Como começar tratamento no paciente hipertenso? Revista Argentina de Cardiologia, Buenos Aires, 2010.

Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE 2014.

.

ANEXOS

Questionário final de avaliação individual aos pacientes hipertensos participantes no projeto.

Nome Completo:

Data de Nascimento: / / .

Considerou importante sua participação no projeto: () Sim () Não

Acha que o projeto teve um impacto positivo na sua saúde: () Sim () Não Adquiriu conhecimentos novos sobre a sua doença: () Sim () Não

Mencione dois fatores de riscos que predispõem às complicações da doença:

e

Mudou algum dos fatores de riscos que apresentava no inicio do projeto: () Sim () Não

Mencione duas complicações da doença:

e

Realizou mudanças positivas no seu estilo de vida: () Sim () Não Qual (s):

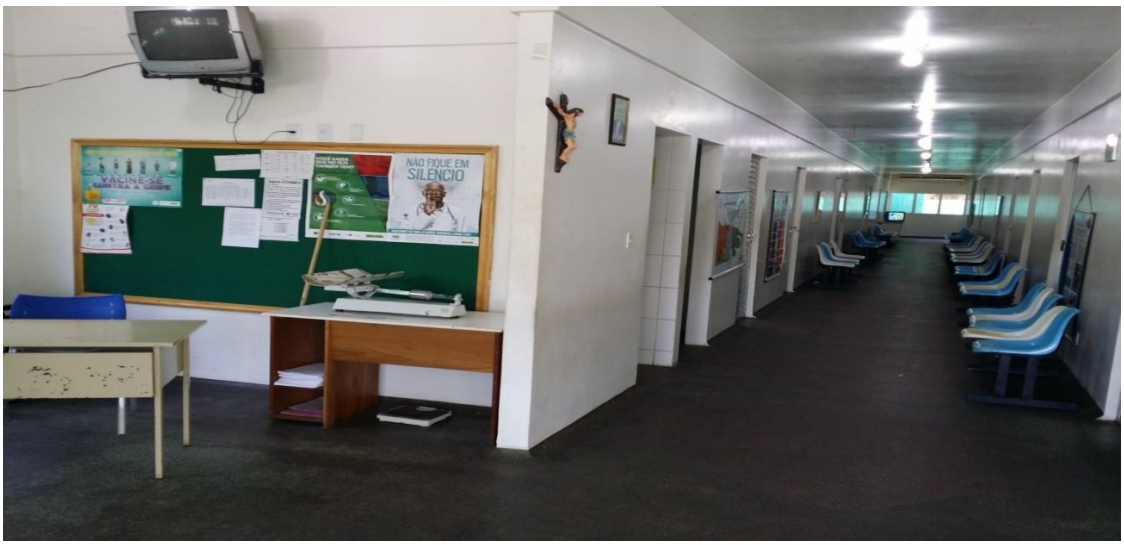
Recebeu apoio familiar durante sua participação no projeto: () Sim () Não

Como avalia o trabalho desenvolvido pelos integrantes da equipe durante o projeto: () satisfatório () não satisfatório.

FOTO 01: UBS Dr. TODA Parintins-AM.

FONTE: Arquivo pessoal. Dra. Yarima/2016.

FOTO 02: UBS Dr. TODA Parintins-AM.



FONTE: Arquivo pessoal. Dra. Yarima/2016.