

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO  
ALEGRE**

**JOSE ANTONIO MORA MONTOYA**

**PORTFOLIO FINAL**

**RIO PRETO DA EVA-AMAZONAS  
2018**

**JOSE ANTONIO MORA MONTOYA**

**PORTFÓLIO FINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. WARLEY AGUIAR SIMÕES, Médico de família e comunidade, Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Coordenador do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da SMSA/PBH

**RIO PRETO DA EVA-AMAZONAS  
2018**

## SUMÁRIO

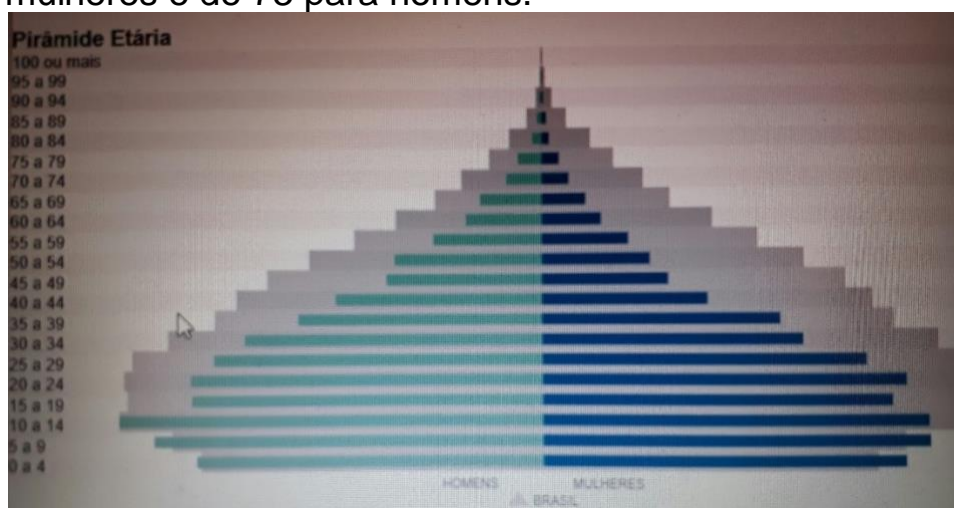
<b>1. Atividade 1 do Portfólio – Introdução .....</b>	<b>04</b>
<b>2. Atividade 2 do Portfólio - Estudo de Caso Clínico .....</b>	<b>07</b>
<b>3. Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Atividade 4 do Portfólio - Visita domiciliar/Atividade no domicílio .....</b>	<b>20</b>
<b>5. Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva .....</b>	<b>24</b>
<b>6. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>27</b>
<b>7. Anexo 1 – Projeto de Intervenção .....</b>	<b>28</b>
<b>8. Outros anexos .....</b>	<b>44</b>

## 1. Atividade 1 do portfólio: Introdução

Meu nome é Jose Antonio Mora Montoya, tenho 36 anos e sou natural de Cuba do município Majibacoa na província Las Tunas. Estude medicina na Faculdade de Ciências Médicas das Tunas, pertencente a Universidade de Camaguey e sou graduado em Medicina Geral no ano 2007. Trabalhe no começo como médico de Atenção Primária até outubro de 2009 que foi para Venezuela onde também trabalhe como médico geral integral por 4 anos. Em 2013 volte para Cuba e termine a especialidade de Medicina Geral Integral em março do 2014.

Em março do 2016 estude um curso de português na Habana e em agosto desse ano comece a trabalhar no Programa Mais Médicos Para o Brasil (MMPB). Fui enviado para o município Rio Preto da Eva do estado Amazonas, onde trabalho na Unidade Básica de Saúde de Manapolis, correspondente à área rural.

Rio Preto da Eva é um município pertencente à região metropolitana de Manaus, tem uma cidade com quase o 72% da população do município e o resto mora nas áreas rurais e ribeirinhas. Este município tinha uma população estimada em 32 001 habitantes em 2017 com um incremento de 10 317 pessoas nos últimos 10 anos, e com um pequeno predomínio do sexo masculino com 50.61% da população. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 7,13, o que corresponde a 2 324 pessoas. A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 60 e 80 anos. A esperança de vida ao nascer é de 75 para mulheres e de 73 para homens.



(<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/rio-preto-da-eva/panorama>)

Em relação à estrutura de saúde do município, temos 11 Unidades Sanitárias (UBS). Um hospital rural que tem 27 leitos. As causas de

internação mais frequentes são: (a) cardiovasculares; (b) doenças respiratórias.

Quanto às causas de óbitos, as mais frequentes são:

- 1- Doenças cardiovasculares (tendo como base a HAS);
- 2- Doenças respiratórias;
- 3- Câncer.

Entre as mulheres, a principal causa de óbito foi doenças cardiovasculares e entre os homens as cardiovasculares. Nosso município também é afetado por doenças infecto contagiosas como dengue que tem poucos casos registrados na área mais considera-se que o problema é maior porque muitos pacientes se tratam em Manaus e outros com sintomas pouco graves não assistem a consulta; e outra doença frequente é a Leishmaniose com uma média de 50 casos novos por mês na época de chuvas. O Coeficiente de Mortalidade Infantil no ano de 2014 foi de 24,69/1.000 nascidos vivos. Temos que falar que a pesar de estar perto de Manaus (capital estatal) o município poucas vezes nos últimos anos teve médicos em todas as vagas existentes, por exemplo nos primeiros 6 meses do ano 2017 somente conto com 6 médicos nas 11 equipes, e também o hospital geralmente só tem as vezes um médico de plantão que encaminha a maioria dos pacientes para Manaus por não ter meios diagnósticos e tratamento.

A UBS Manapolis está localizada, a 70 km de Rio Preto da Eva, num local adaptado aguardando a culminação da construção da unidade que foi iniciada em 2015 e que é previsto culminar neste ano. Tem dois Equipes de Saúde da Família e conta com uma área terrestre e outra ribeirinha, as duas com 11 microáreas de risco por ter uma população de baixos recursos econômicos e baixo nível cultural e além disso não tem acesso aos principais serviços que requerem os moradores dos diferentes ramais localizados ao longe de 20 km e a zona ribeirinha. Somente conta no centro da comunidade com uma escola pública, nossa UBS em construção, 2 igrejas Adventistas e 3 igrejas da Congregação de Deus. As principais atividades econômicas são agrícolas e pesca. A população não tem acesso a água tratada e esgoto, não tem asfalto nas ruas e o sistema de transporte é deficiente. Tem uma população de 1367 pessoas segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica. A maioria dos atendimentos em nossa unidade são por infecções respiratórias agudas, micoses e outras infecções da pele, parasitoses, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, alteração do metabolismo dos lipídios e complicações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Pensando que nossa área de abrangência somente

tem diagnosticada uma incidência da HAS aproximada de um 10% muito por abaixo das medias no pais e no mundo e que as principais causas de morte na região têm relação com complicações e fatores de risco associados a esta doença, então consideramos que é preciso melhorar e incrementar o diagnóstico da HAS e os fatores de risco em nossa comunidade.

O tema escolhido para o Projeto de Intervenção foi uma **Intervenção educativa em pacientes com Hipertensão Arterial da Unidade Básica de Saúde Manapolis, Amazonas** (ANEXO 1). O projeto foi feito com pacientes hipertensos com fatores de risco para melhorar seu nível educativo em relação com a doença, oferecendo informações acordes a seu nível sociocultural sobre a Hipertensão Arterial, os principais fatores de risco, complicações e como prevenir tudo isso e melhorar assim a qualidade de vida dos pacientes e a população. O tema foi escolhido tomando-se em conta que dentro as principais causas de morbidade e mortalidade no município e na região encontramos as complicações da HAS. Foram preparadas várias atividades educativas após de convidar aos pacientes pessoalmente e com ajuda dos ACS e outros profissionais da UBS depois de fazer o estudos das variáveis sócio demográficas e valorar-se os principais fatores de risco apreciados na população.

## **2. Atividade 2 do portfólio: Estudo de caso clínico**

Caso clínico: UBS Manapolis

### **Identificação do paciente**

Nome: M.A.M.S

Idade: 56

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Primaria incompleto

Profissão: Agricultura

Naturalidade: Rio Preto da Eva, Amazonas

A paciente M.A.M.S vem a consulta médica no dia 9/04/2017 com os dados da triagem:

- Peso: 81.3 kg
- Altura: 149 cm
- PA: 150/90 mmHg

Vem a solicitar a receita do tratamento para sua mãe, de 78 anos e com antecedentes de epilepsia. Quando pergunto sobre outras queixas ela refere que as vezes tem dor de cabeça e tonturas, mais nesse momento não tem outros sintomas e também refere que nunca antes tivesse cifras de PA elevadas. Tomo outra vez a PA e tem 140/90 mmHg. Então indico um acompanhamento da PA por 10 dias e oriento a paciente sobre a importância desse estudo e a necessidade de tomar todos os dias no mesmo horário, após de 5 minutos em repouso e pelo menos 30 depois de bebidas com cafeína. Agendo o retorno para dentro de duas semanas.

A paciente volta a consulta o dia 23/04/2017 com os dados da triagem:

- Peso: 81.2 kg
- PA: 140/80

A paciente traz o diário da PA por 10 dias. Tem duas tomadas de 150/90 e uma toma de 160/90, as outras em 120/80. Calculo o IMC em 36.57 kg/m<sup>2</sup>SC (Obesidade grau II). Interrogo sobre o modo de vida de ela: alimentação, exercício físico, situações de estresse na casa, e oriento sobre a necessidade de uma dieta saudável: diminuir o consumo de sal, diminuição das farinhas e gorduras saturadas, restrição da cafeína e eliminar os alimentos enlatados produtos carniças elaborados como o presunto e outros, oriento sobre a importância de incrementar o consumo de frutas, vegetais, alimentos frescos, pescado e outros, e além disso encaminho para a Nutricionista do município, que atende na UBS uma vez ao mês. Falo com a paciente da necessidade de atividade física regular e evitar o consumo de álcool e diminuir de peso. Também indico outros

exames: colesterol, triglicérides, creatinina, glicemia, eletrocardiograma, exame de urina (EAS). Agendo a consulta de retorno em 21 dias tendo em conta o tempo que demora em nosso município o resultado dos exames.

O dia 12/05/2017 a paciente apresenta-se na consulta com a Nutricionista com os dados da triagem:

- Peso 81,2 kg
- PA 120/80 mmHg

A nutricionista orienta a ela sobre a importância de fazer um plano alimentar e agenda o retorno para o mês seguinte.

No dia 16/05/2017 retorna à consulta medica com os dados da triagem:

- Peso 81,1 kg
- PA 130/80 mmHg

Traz os resultados dos exames solicitados:

- Colesterol total: 200 mg/dl
- Triglicérides: 150 mg/dl
- Creatinina: 1.1 mg/dl
- Glicemia: 72 mg/dl
- Urina (EAS): sem alterações

Ainda falta o resultado do Eletrocardiograma porque não é feito pelo Sistema Único de Saúde no município e vai fazer na próxima semana em um laboratório privado em Manaus. Fala que está fazendo caminhadas de 30 minutos nas manhas, mais é muito complicado fazer a dieta orientada as vezes porque não tem outra opção e as vezes porque é difícil esquecer as coisas que gosta e que ainda não pode comer mais. Mais refere que tem vontade para seguir as indicações e que gosto muito da consulta com a Nutricionista. Oriento sobre a importância da dieta e a atividade física e mais porque tem o valor do Colesterol perto do limite normal o que constitui outro fator de risco, e também a importância de modificar o estilo de vida para evitar cifras elevadas de PA e não ter que indicar tratamento medicamentoso até o momento. Oriento o retorno para dentro de 15 dias com o resultado do Eletrocardiograma.

O dia 30/05/2017 assiste a consulta medica outra vez com os dados da triagem:

- Peso: 80.9 kg
- PA: 130/80 mmHg

Agora traz o resultado do Eletrocardiograma que é completamente normal. Então falo com ela que até o momento vamos encaminhar o tratamento na modificação do estilo de vida e o controle dos fatores de risco como a obesidade, o estresse e o valor do colesterol principalmente. Interrogo sobre sua mãe e ela responde que agora



está compensada pero que é muito difícil porque não caminha e passa tudo o dia deitada ou na cadeira frente ao televisor. Tem uma ajuda pela Assistência Social mais faço o encaminhamento para valorar novamente a situação. Também encaminho para consulta de Psicologia no município.

O dia 2/06/2017 tem consulta com a nutricionista e os dados da triagem:

- Peso: 80.8 kg
- PA: 120/80

A Nutricionista observa que baixo de peso 400 grs e ela responde que está contenta com isso e tem a meta de baixar muito mais nesse ano. Faze novas orientações sobre a dieta e recomendações no preparo dos alimentos.

No dia 14/06/2017 nossa Equipe de Saúde da Família (ESF) faz visita domiciliar na casa da paciente, médico, enfermeiro e ACS. A paciente mora em uma casa na área ribeirinha com sua mãe de 78 anos que padece de Epilepsia e tem 5 anos que não caminha, passa tudo o tempo em casa deitada, e toma tratamento permanente com Carbamazepina (200 mg) 1cp duas vezes ao dia e Fenobarbital (100 mg) também 1cp de 12/12 horas. Além disso não tem boas condições a estrutura da casa que é de madeira e muito velha, e evidencia que não tem boas condições económicas, mais tem as coisas básicas na casa para morar. Moram elas duas sozinhas porque o único filho da senhora foi para Manaus porque não conseguia emprego e seu marido foi embora da casa há 10 anos e nunca mais voltou.

No dia 21/06/2017 tem consulta com a Psicologista e os dados da triagem:

- Peso: 80.6 kg
- PA: 130/90 mmHg

No dia 5/07/2017 retorna à consulta médica com os dados da triagem:

- Peso: 80.3 kg
- PA: 130/80 mmHg

A paciente fala que ágora não tem queixas, que foi a consulta com a psicóloga e tivesse uma boa conversa com ela que ajudo muito. Só se preocupa que é muito difícil faz a dieta recomendada mais esta esforçando-se muito. Cito para o grupo de hiperdia que tem encontros na UBS todas as quintas na tarde. Oriento o retorno para o próximo mês para repetir novamente os exames de Colesterol e Triglicérides e avaliar sim ainda está perto do limite normal.

No dia 4/08/2017 a paciente retorna à consulta médica com os dados da triagem:

- Peso: 80.4 kg

- PA: 130/90 mmHg

Não tem queixas e refere que no mês passado foi duas vezes ao grupo de Hiperdia e foi uma experiência interessante conversar com outras pessoas que padecem de Hipertensão ou Diabetes. Indico novamente os exames de Colesterol e triglicérides e oriento o retorno a consulta dentro de 21 dias após de ter o resultado dos mesmos.

### **3. Atividade 3 do Portafólio: Promoção da saúde e prevenção de doenças**

A Atenção Primária de Saúde deve ser a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde existente em nossa sociedade e por isso tem muita importância estabelecer um vínculo de confiança com a população baseado no trabalho dos profissionais em cada área que tem que brindar um atendimento de qualidade e com alta resolutividade. Esses trabalhadores tem a possibilidade de atuar diretamente com os moradores de uma região e determinar os problemas de saúde existentes e planejar em equipe estratégias encaminhadas na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes de acordo aos riscos e doenças de cada pessoa e cada grupo. Quando chegue a nossa UBS tinha grandes problemas no atendimento de grupos priorizados pela APS e comece um trabalho forte com minha equipe para brindar um melhor serviço a nossa comunidade. Nossa área de abrangência tem características de difícil acesso com uma população rural e mais da metade na área ribeirinha e além disso antes não existia uma estabilidade nos serviços de saúde. De forma que nosso trabalho melhora de a pouco com ajuda da administração e a comunidade também. Primeiramente trabalhamos nos problemas de saúde com grupos priorizados que ainda não tinham costume de receber uma atenção de qualidade.

#### **Atenção pré-natal:**

O primeiro problema na atenção pré-natal era a não assistência das gestantes a consulta de acompanhamento, a gravidez na adolescência, não planejamento da gravidez, dificuldades com os exames no município e também com a atenção de alto risco por falta de especialistas, e outras deficiências. Primeiramente nossa equipe trabalho na capacitação das ACS para cadastrar e captar as

gestantes no primeiro trimestre com a promoção do porque é importante uma captação mais rápida e os principais fatores de risco que podem ser estudados e modificados com tempo, também foi assignado um dia fixo para o atendimento das gestantes, risco preconcepcional, planejamento familiar e saúde da mulher que nos permite desenvolver atividades educativas com os grupos de risco. Outro grande logro foi a estabilização dos exames laboratoriais básicos e a redução do tempo de espera dos resultados e também melhora a atenção odontológica as gestantes com um novo serviço na UBS inaugurada recentemente. Ainda também trabalhamos diretamente com a população ribeirinha em ações de saúde desenvolvidas todos os meses em diferentes localidades com atividades educativas e com apoio do NASF e CAPs e outros profissionais do município. E também fiz para um melhor acompanhamento das gestantes um cadastro de todas as gravidas de nossa ESF em forma de tabela com os dados principais: nome, idade, bairro e ACS, DUM e DPP, riscos e doenças, tratamento e assistência a consulta.

### **Puericultura:**

A atenção aos lactantes e crianças tinha uma situação similar as gestantes em nossa UBS, sendo o principal problema que a grande maioria das mulheres não se apresentavam na consulta com a criança até os dois meses aproximadamente e também que o acompanhamento era muito ruim (com 2 ou 3 consultas em todo o primeiro ano de vida). Comece por discutir com nossa equipe a necessidade de melhorar o acompanhamento e avaliar ao recém-nascido nos primeiros dias posterior ao parto, com a captação da puérpera e a criança rapidamente pela ACS em visita domiciliar e planejamento imediato da primeira consulta. Trabalhamos no

planejamento das consultas alternas de médico e enfermagem, realizamos atividades educativas com as grávidas sobre a importância de assistir a consulta nos primeiros dias para poder diagnosticar e detectar qualquer problema com tempo suficiente. Aproveitamos o dia de vacinação para dar as consultas esse dia e recuperar também as consultas atrasadas e além disso desenvolver palestras e atividades com gestantes e mães sobre a importância do acompanhamento, medidas de prevenção e promoção das doenças mais frequentes nos pequenos (diarreias e infecções respiratórias agudas, acidentes na casa e outros). Coordenamos palestras com a nutricionista de nossa área para ensinar as mães como melhorar a alimentação das crianças e a importância do aleitamento materno exclusivo. Foi feito um cadastro de todos os lactantes com os principais riscos e casos mais preocupantes de nossa área por ACS e igualmente com as puérperas mais preocupantes. Planejamos atividades em conjunto com a SEMSA nas comunidades e pedimos apoio para a avaliação dos casos mais graves com especialistas que nosso município ainda não tem.

### **Saúde Mental:**

Os pacientes com esse problema em nossa UBS não são muitos a verdade mais o acompanhamento deles deixava muito que desejar. A maioria não tinha constância nos prontuários de suas doenças, se apresentavam em nossa consulta somente para renovar o tratamento as vezes sem receita e outras com uma receita antiga demais. Primeiramente também foi feito rapidamente um cadastro de todos os pacientes com doenças mentais, tratamento psiquiátrico e consumo de medicamentos e outras drogas. Solicitamos ajuda do CAPs do município também recém renovado na atualização e reavaliação do cadastro e tratamentos indicados aos pacientes. O

CAPs desenhou um modelo de resumo de cada paciente atendido por eles com o diagnóstico e tratamento que começou a enviar as UBS para o acompanhamento dos pacientes pelas ESF e esse modelo foi anexado aos prontuários dos pacientes. Atualmente temos aproximadamente reavaliado um 80% dos casos da UBS e se trabalha na educação dos pacientes sobre a importância de assistir a consulta e também dos profissionais em atualizar os prontuários e escrever sempre cada tratamento e informação importante dos pacientes. Nos próximos meses também vai ser renovada a instalação do CAPs com novos locais para melhorar o atendimento e conforto dos pacientes atendidos.

**Quando comece a trabalhar na UBS** de Manapolis do município Rio Preto da Eva, Amazonas, há mais de um ano, encontrei uma problemática de saúde bem preocupante para mim na população:

- 1- A primeira causa de morte é as doenças cardiovasculares, tendo como base a HAS e fatores de risco e complicações associadas.
- 2- Incremento dos principais fatores de risco associados a HAS e doenças cardiovasculares: Obesidade, sedentarismo e não cumprimento do tratamento farmacológico, Diabetes Mellitus e outras.

Quando comece a estudar as principais causas encontrei que o principal problema e o estilo de vida das pessoas que propicia o desenvolvimento dessas problemáticas. Compreendi que modificar o estilo de vida é muito complicado e precisa de atividades de prevenção e promoção de forma sistemática, um trabalho difícil em uma comunidade que tinha poucos anos recebendo os serviços de saúde da UBS e de forma irregular. Mais entendi que com um

trabalho em equipe e com apoio de todos os profissionais é possível diminuir os principais fatores de risco modificáveis existentes em nossa população, melhorando o controle da pressão arterial e suas complicações.

Seguem a **“Diretriz de Prevenção Cardiovascular”** o risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais pelo tempo de vida nas pessoas varia de acordo com a exposição aos fatores de risco ao longo da vida.

O trabalho mais importante na Atenção Primária de Saúde é a prevenção e promoção. Por isso é preciso identificar precocemente os fatores determinantes nas atividades desenvolvidas no dia a dia, sobre tudo com os grupos de pacientes mais sensíveis: crianças, gestantes, idosos e pacientes com doenças crônicas. A prevenção dos seguintes fatores começa na consulta integral de planejamento familiar e na gravidez, depois na puericultura e atenção das crianças, escolares e adolescentes porque isso são os pacientes que no futuro portaram os fatores de risco e doenças cardiovasculares que estamos tratando de prevenir e diminuir suas complicações.

### **1. Obesidade.**

**“A obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multifatorial envolvendo desde questões biológicas às históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas.” (Caderno de Atenção Básica #12. p.19)**

Em nossa população a obesidade e o sobrepeso tem uma prevalência aproximada de 42% tendo uma cifra maior nas mulheres (48%) de 25-50 anos que nos homens (36%). Encontramos as principais causas na forma de alimentação e quantidade de nutrientes e tipos de alimentos, o sedentarismo, consumo de álcool e drogas, a compulsão alimentar gerada muitas vezes por situações

de estresse. Também observamos que a maioria das mulheres em nossa comunidade tem uma tendência ao ganho de peso excessivo na **gravidez** e nos dois primeiros anos depois da mesma.

## **2. Sedentarismo.**

Existem evidências científicas que indicam uma relação direta da diminuição da atividade física com um incremento da obesidade, doenças ateroscleróticas e coronárias, Diabetes Mellitus e outras. Além disso a prática regular de exercício físico de forma correta tem benefícios na pessoa a curto e longo prazos: melhora o controle do peso corporal, melhora o controle da tensão arterial, incrementa o fluxo sanguíneo muscular e coronário, incrementa a proteção antioxidativa e a sensibilidade a insulina, beneficia a massa óssea, e outras vantagens.

## **3. Diabetes Mellitus.**

Seguem a Sociedade Brasileira de Cardiologia o risco de morte cardiovascular está incrementado pela existência de fatores de risco associados. A Diabetes Mellitus constitui um dos principais fatores de risco e de maior perigo associado a doenças cardiovasculares. Por isso a importância de ter um maior controle dessa doença. Em nossa comunidade temos uma prevalência de Diabetes por abaixo da média nacional. Porém o maior problema é que essas pessoas não têm consciência do risco existente, não fazem o tratamento correto e ainda mantêm costumes alimentares não adequadas, e muitos desses pacientes terminam com alguma complicação.

## **4. Incumprimento do tratamento farmacológico.**

No princípio a maioria de nossos pacientes não cumprem com o tratamento médico para doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e outras doenças crônicas. Isso é



provocado por a falta de conhecimentos dos pacientes sobre a importância do tratamento, existência de poucos medicamentos e em pouca quantidade nas farmácias das UBS que provocam que os pacientes sem recursos passem muito tempo sem medicação. Instabilidade na atenção médica nos últimos anos, sobre todo das comunidades mais distantes.

Então comece a trabalhar numa estratégia para modificar essa condição e assim diminuir a incidência e incrementar o controle de outras patologias associadas na população. Primeiro busquei o apoio de toda nossa ESF para começar as atividades de promoção e prevenção para:

- 1- Atenção integral e diferenciada na **atenção pré-natal** e na **puericultura**, identificando desde o começo os principais problemas de saúde e a metodologia precisa para trabalhar na promoção e prevenção dos pacientes que deve iniciar numa correta planificação da gestação e um desenvolvimento adequado da criança.
- 2- Acompanhamento individual dos pacientes com maior problemática identificando principais problemas de saúde e riscos associados, estabelecendo metas e tratamento a cumprir, indicando orientações específicas em cada caso e tratando de incorporar aos grupos de risco e atividades educativas.
- 3- Mudar os hábitos alimentares: dependendo da etapa de vida das pessoas e requerimentos nutricionais. Atividades educativas com **crianças**, escolares e adolescentes assim como grupos de idosos, **gestantes** e outros grupos de risco. Involucrar a nutricionista da área.

- 4- Promover a prática saudável de atividade física de forma sistemática mudando os costumes das pessoas e orientando sobre as vantagens a curto e longo prazo

Tempo necessário para que uma pessoa de 70kg consuma 2000 kcal por semana em algumas atividades (Dados tomados de “Arquivos Brasileiros de Cardiologia”. Dezembro de 2013.

Atividade	Tempo semanal	Tempo diário 7xsem	Tempo diário 5xsem
Caminhar no plano	6 horas	50 minutos	1 hora 10 minutos
Pedalar	7 horas 30 minutos	1 hora 05 minutos	1 hora 30 minutos
Correr devagar	3 horas 30 minutos	30 minutos	40 minutos
Correr rápido	2 horas	20 minutos	25 minutos
Dança de salão	9 horas 20 minutos	1 hora 20 minutos	1 hora 50 minutos
Nadar devagar	3 horas 40 minutos	30 minutos	45 minutos

- 5- Promoção de saúde com grupos de pessoas que consomem drogas, álcool e outras substâncias químicas que favorecem o ganho de peso excessivo. Orientação e acompanhamento por o CAPs.
- 6- Acompanhamento nutricional das pessoas com maior problema de peso estabelecendo metas a cumprir e formando grupos de apoio com pacientes de características similares que compartilham suas vivências, expectativas e experiências.
- 7- Orientação psicológica e apoio dos pacientes com maior dificuldade, transtornos emocionais, abandono do tabagismo, situações de estresse. Involucrar aos profissionais do CAP e nutricionista da área.
- 8- Orientação individual e coletiva sobre a importância do uso do tratamento médico prescrito.
- 9- Foi desenvolvido também um censo de todos os pacientes com doenças crônicas e o tratamento indicado de cada um, para solicitar a quantidade de medicamentos necessários para

nossa população, aproveitando a nova administração que começo em 2017.

Mediante a literatura revisada comprovei que a maioria dos especialistas coincidem que um maior controle nos principais fatores de risco associados e modificáveis nas pessoas com risco cardiovascular e Hipertensão Arterial Sistêmica é possível diminuir as complicações e mortalidade a longo prazo. É um trabalho que precisa de uma atenção integral e regular dos pacientes por parte das equipes de saúde e também a integração dos mecanismos e especialistas existentes na região. Também precisa de uma continuidade no tempo para ter maiores logros no futuro a curto e longo prazo.

**Reflexão:**

Nosso município muitos problemas na APS que praticamente é a única existente em nossa área e nos últimos anos não tive avances praticamente. Mais no último ano a recebido um grande apoio da nova administração que tem interesse em melhorar a qualidade dos serviços médicos e temos pequenos avances mais temos muito trabalho ainda por fazer na atualização dos serviços de acordo as políticas atuais do país e as necessidades reais de nossa população que merece mais. Corresponde à nossa equipe brindar melhor atenção a nossa localidade primeiramente ao lograr um bom diagnostico situacional da saúde e solicitar os médios necessários para reverter a problemática existente e ainda também corresponde aos profissionais de nossa UBS incrementar a capacitação de cada um para um melhor atendimento e acompanhamento dos principais programas e problemas dos pacientes.

#### **4. Atividade 4 do portfólio: Visita Domiciliar**

Quando comece a trabalhar na UBS de Manapolis do município Rio Preto da Eva eu descobri que realmente a população não tinha costume de ser visitada pela ESF e menos pelo médico da comunidade. A dificuldade mais grande é que não existe um transporte para realizar as visitas que é praticamente decisivo para poder acessar a maioria de nossos pacientes que moram em área rural muito dispersa e ainda temos mais da metade na área ribeirinha e para chegar a eles precisamos também de um transporte aquático. Primeiramente orientamos aos ACS atualizar um cadastro de todos os pacientes com problemas de saúde que requerem ser visitados e depois discutimos em equipe a prioridade de cada caso seguem as doenças e problemas sociais e características, priorizando primeiro os pacientes com incapacidades físicas como acamados, paraplegias, pessoas idosas que moram soas e outros problemas que impossibilitam seu acesso a nossa UBS.

Esse cadastro foi incluído num informe entregue a SEMSA todos os meses com as possíveis consequências individuais e sociais desse problema e também informamos da perda de credibilidade pela população no sistema de saúde existente em nossa área e município porque é a mesma situação em todas as UBS da área rural. É um jeito que as pessoas sentem que estão esquecidas pela administração de saúde e o governo e ao princípio o trabalho na unidade era mais difícil porque os pacientes não acreditavam em um serviço médico sem medicamentos, sem exames, sem especialistas no município e ainda sem transporte para visitar os casos mais preocupantes.

Com a nova administração a UBS começo a receber um pouco mais de recursos, foram renovados os serviços e começo a prestar uma atenção de mais qualidade. O problema do transporte ainda não foi resolvido mais tomamos a estratégia de visitar os principais casos com transportes prestados por familiares ou vizinhos e as vezes também utilizamos o ônibus encarregado do transporte dos 5 ESF existentes na área rural solicitando a ajuda do motorista que também refere que isso não é trabalho dele. Outra forma de acessar aos casos é nas ações de saúde feitas quase mensalmente nas comunidades mais distantes do município (sexta, sábado ou domingo) e nas que participam também especialistas do CAPs e o NASF e esse dia realizamos alguma visita domiciliar.

Igualmente os pacientes que requerem de avaliação de os especialistas do NASF e o CAPs não são visitados por o mesmo problema da transportação e nas mesmas ações de saúde nas

comunidades são avaliados por psicologista, nutricionista, fisioterapeuta e assistente social. Poucas vezes é destinado um transporte pela secretaria para avaliar um caso a solicitude dos familiares.

Em caso de um problema agudo só as pessoas geralmente assistem diretamente ao hospital municipal por ter a costume de que nas UBS não existem médicos para atendimento de urgência. Mais as vezes um familiar com carro próprio vai a buscar nossa ajuda a unidade e podemos fazer a avaliação do caso, indicar tratamento e exames complementares e de ser preciso solicitar uma ambulância. Devo comentar também que a solicitude da ambulância é complicada em nossa localidade por não ter sinal telefônica ou de internet, então temos de enviar uma pessoa quase sempre até a rodoviária o outro ponto onde exista sinal. Em esses casos de ser possível participamos ACS, médico e enfermagem aproveitando que nossa unidade tem dois ESF.

#### **Atividade no domicílio/Visita domiciliar:**

No dia 02/11/2017 as 13:30 horas visitamos a uma paciente de nossa área que mora a 3 km da UBS. Vou a descrever o acontecido nessa ação de nossa ESF.

A visita foi solicitada por o marido da paciente a ACS de sua localidade que informa a ela que a senhora RSSL de 74 anos, e com antecedentes de HAS e Diabetes Mellitus tipo 2, tinha dias com febre elevada e falta de ar. Visitamos a casa em um carro de um vizinho a ACS, o enfermeiro e médico (eu).

Antes de chegar à casa da paciente a ACS descreve as características do casal: eles moram só na casa localizada perto do rio. O senhor RDSS tem 69 anos e ainda trabalha na pesca particular e também tem antecedentes de HAS com tratamento regular com enalapril (10mg 2v por dia), hidroclorotiazida (25mg ao dia) e AAS (100mg ao dia). A senhora toma Metformina (850mg 3v por dia), Glibenclamida (5mg 2v por dia), Losartana (50mg 2v por dia) e AAS (100mg ao dia). O casal tem 3 filhos que moram e trabalham em Manaus (a 150km dessa localidade) e que visitam aos pais nos fins de semanas de forma alterna cada um para levar alimentos, dinheiro, medicamentos e também para ajudar na limpeza e organização da casa e o terreno. Além disso a única ajuda econômica deles é um dinheirinho que o senhor tem com as vendas de peixes e frutas que cultiva também.

Nossa ACS também fala sobre o estilo e forma de vida: que não cumprem a dieta orientada e só assistem a UBS quando tem um problema agudo, não praticam atividades físicas e a única fonte de

prazer são as reuniões com os filhos em datas especiais para a família e a televisão. A casa é de madeira e tem uma estrutura antiga que precisa ser renovada, tem muita humidade e pouca ventilação. Somente tomam o medicamento fornecido pela unidade para o tratamento e quando não tem na UBS então não tomam nada por não poder comprar.

Quando chegamos a casa do casal entramos diretamente ao dormitório porque a senhora esse dia não se levanta da cama. Ao interrogatório ela refere que tem 3 dias de febre elevada maior de 39 graus e com sintomas respiratórios, tosse húmida com secreções amarelas e verdes, dificuldade ao respirar, perda de apetite e muito cansaço. Também observo que a paciente está muito pálida e suada, com muito decaimento.

### **Exame físico** (Dados positivos e sinais vitais)

- Temperatura: 39,2 graus,
- PA: 140x90 mmHg,
- FC: 92xminuto,
- Glicemia: 180 mg/dl (tomo um pouco de sopão uma hora antes),
- Aparelho respiratório: murmúlo vesicular diminuído, estertores crepitantes nos dois pulmões com maior intensidade na base pulmonar direita. FR: 24xminuto.

### **Diagnósticos.**

- 1- Doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistémica e diabetes Mellitus.
- 2- Doenças agudas: Pneumonia

### **Conduta imediata:**

- 1- Medidas antitérmicas e Dipirona (1gr) 01 amp IM nesse momento.
- 2- Exames laboratoriais: radiografia de tórax, leucograma, glicemia, urina e outros.
- 3- Tratamento antibiótico com Ceftriaxona (1gr EV de 12/12 horas por 7 dias).
- 4- Traslado imediato ao hospital municipal para realizar exames de laboratório reavaliar o diagnóstico feito e tratamento indicado.
- 5- Informar aos filhos do casal sobre o problema para melhor apoio familiar a sua mãe e também ao pai que ficou só em casa.

**Conduta posterior:** depois de ser confirmado o diagnóstico a paciente foi internada e tratada no hospital municipal para melhor estudo e seguimento. Quando retorno a nossa área de abrangência nossa equipe planeja uma estratégia para o acompanhamento do casal.

- 1- Reavaliação da paciente pôr o médico da comunidade.
- 2- Visita domiciliar pela ACS semanalmente até a completa recuperação da paciente.
- 3- Coordenar uma visita domiciliar da ESF com a nutricionista e também a assistente social de nossa área e psicologista do CAPs para realizar uma avaliação mais integral do caso.
- 4- Trabalhar em conjunto com os filhos para lograr que o casal assista as consultas de acompanhamento na UBS e lograr maior apoio familiar.
- 5- Incorporar ao casal as atividades educativas feitas o dia de atendimento da Hiperdia e doenças crônicas. Para incrementar os conhecimentos sobre a importância do tratamento, uma boa alimentação, complicações e outras temáticas de importância.
- 6- Lograr que o casal comece a participar das atividades na comunidade e praticar uma caminhada 3 vezes por semana ao princípio.
- 7- Discutir com nossa ESF a existência de outros casos parecidos na comunidade e realizar atividades de prevenção e promoção para evitar um incremento das complicações.

O Ministério da Saúde define a **assistência domiciliar** como “uma modalidade de atenção domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica e destina-se a responder as necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária”

É um jeito que a visita domiciliar é uma das características distintivas da APS para lograr melhorar os serviços de saúde e brindar um serviço de qualidade a pacientes e população, levando a eles uma atenção mais adequada a cada caso para lograr melhorar os indicadores médicos.

## 5. Atividade 5 do portfólio: Reflexão Conclusiva.

Quando comece a trabalhar em Rio Preto Da Eva, município do estado Amazonas, ache que a Atenção Primária de Saúde (APS) praticamente é o único nível assistencial existente nesta região e isso é um dos motivos pelos que requer maior preparação e atualização das ESF e dos médicos nas comunidades. As pessoas poucas vezes têm contato com especialistas da Atenção Secundária e para isso tem que agendar ou pagar consultas privadas na cidade de Manaus. Então ache que a possibilidade de um curso de especialização pode ser decisiva para brindar um serviço de maior qualidade e lograr também maior resolutividade das problemáticas de saúde existentes em nossa área de abrangência.

Em minha experiência de trabalho na UBS de Manapolis o curso foi uma ferramenta importante para enfrentar as dificuldades encontradas dia a dia. Primeiramente tive que realizar o **Diagnostico Situacional** de Saúde com ajuda de minha ESF para identificar os principais problemas e dificuldades e em reunião com os outros profissionais discutir e planejar estratégias de trabalho e retomar o trabalho primordial da APS com ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos pacientes.

Também tive que organizar meu trabalho na unidade com uma nova **agenda** marcando dias específicos para a atenção dos grupos e programas priorizados: atenção pré-natal, saúde da mulher, puericultura e crescimento e desenvolvimento das crianças, Hipertensão e doenças crônicas e saúde do homem. De esta forma também se aproveitou esse dia para realizar palestras e atividades educativas com grupos de risco. Com apoio das ACS começamos a incentivar em nossa população o atendimento por consultas agendadas e diminuir do pouco a costume existente de atender só a demanda espontânea (Vide outros anexos).

Também aproveitamos o papel fundamental das ACS em contato direto com a população a maior parte do tempo para atualizar os cadastros de pacientes grávidas, lactantes, pacientes com doenças crônicas (HAS, DM, asma, DPOC e outras), pacientes de saúde mental, acamados e outros casos preocupantes como pessoas idosas que moram soas. Outro exemplo foi incrementar o trabalho com o risco de gravidez na adolescência também comum em nossa área a pesar de existir métodos anticoncepcionais nas unidades (Vide outros Anexos).

Muitos pacientes tinham costume de solicitar receitas e exames as vezes sem o prontuário e incluso os profissionais contribuíam ao desenvolvimento dessas práticas. A maioria dos prontuários não



tinham nada escrito e as vezes na recepção e na triagem era feito um prontuário novo para depois anexar ao existente na unidade. Eu tive que discutir com nossa equipe a necessidade de ter somente um prontuário por paciente na UBS e a importância de assistir sempre a consulta com o mesmo. Comece a trabalhar com o modelo do **SOAP** nos coletando todos os dados e informações importantes em cada caso de esta forma quando os pacientes retornam novamente não era preciso que contaram sua historia novamente. Tive que explicar muitas vezes aos pacientes que reclamavam que a consulta demorava mais tempo a importância dos dados coletados e logo muitos deles agradeceram em outras consultas que o medico estava informado sobre seus problemas.

O acompanhamento de gestantes e crianças troco muito porque não existiam um bom seguimento na região: as captações eram tardias, o atendimento deficiente, tinham poucas consultas, o resultado dos exames não sempre chegava a tempo e as vezes não eram feitos a maioria. Tive que insistir primeiro na capacitação das ACS para transmitir as gravidas e também a toda a família a importância de um adequado acompanhamento, uma captação precoce, os riscos existentes, os perigos da gravidez na adolescência. Também começo a funcionar a consulta de planejamento familiar e saúde na mulher. Atualmente começo a prestar serviço no município a **consulta de alto risco obstétrico** com um especialista que tem consulta todas as terças feiras, um grande passo de avance porque anteriormente todo o acompanhamento era feito por nos. A situação do acompanhamento nas crianças era similar e acho que a principal dificuldade era a primeira consulta feita aos lactantes aos dois meses e na atualidade a demora é uma media de 15 dias, ainda temos muito trabalho por fazer mais tem que considerar-se que a maioria mora em áreas de difícil acesso (Vide outros anexos).

Atendimento de **doenças crônicas** e sobre todo da Hipertensão também passo por modificações ao marcar um dia para o acompanhamento dos pacientes com essas doenças. Comece a trabalhar na identificação dos principais **fatores de risco** associados como a obesidade, sedentarismo, tabagismo, transtornos do metabolismo, tratamento farmacológico irregular e outros. Solicite ajuda da nutricionista de nossa área e também da psicologista. Realizamos ações de promoção para incentivar a pratica de atividades físicas, o consumo de alimentos saudáveis, a importância de um tratamento adequado e sistemático, e também a importância de assistir as consultas tanto para renovar a receita como para discutir novas preocupações, identificar outros fatores de risco e receber orientações para poder prevenir complicações.

**Saúde mental** em nossa área tinha muitas dificuldades também por não existir um adequado acompanhamento dos pacientes que se apresentavam na consulta para renovar o tratamento somente. Recebemos um grande apoio aqui do CAPs que atualizo o cadastro da maioria dos pacientes no município e trabalha na reavaliação de cada caso com apoio das ESF. Atualmente quando avaliam um paciente é enviado a nossa unidade um informe com as características básicas, diagnóstico e tratamento para um melhor acompanhamento na área da UBS. Anteriormente os pacientes eram enviados por médicos e outros profissionais ao CAPs sem consultar ao paciente na UBS. Agora eu posso renovar o tratamento e reavaliar se precisa incrementar, diminuir o trocar os medicamentos usados pelos pacientes que de outra forma as vezes demoravam meses em marcar uma consulta especializada. Também insistimos em nossa reunião da equipe sobre a responsabilidade que temos na APS para um melhor acompanhamento.

Nas consultas exigimos sempre aos pacientes apresentar-se com a caderneta dos diferentes grupos e programas existentes: cadernetas de gestantes, crianças, adolescentes, idosos e crônicas. E também trabalhamos em uma avaliação mais integral dos pacientes com o diagnóstico da problemática social e avaliação nutricional também. Cada dia são feitas atividades de promoção e prevenção com os pacientes planejadas previamente e nas que todos os profissionais temos um dia específico e tempo suficiente para a preparação (Vide outros anexos).

A experiência da **Educação A Distância** (EAD) foi totalmente nova para mim e a verdade um pouco complicada ao começo por não ter costume de trabalhar muito tempo no computador. Também as vezes muito complicada pôr a situação da internet e a sinal em nossa área de trabalho e que ainda é uma grande dificuldade para o trabalho em Amazonas. Acho que também isso influi na instauração do **e-SUS** que ainda não funciona nas unidades de nosso município e a recopilação de todos os dados é de forma manual. Além disso me sento obrigado pela experiência que serve para alcançar novos conhecimentos e lograr nossas metas de trabalho, e acho gratificante quando população, pacientes e outros profissionais reconhecem nosso trabalho.

## 6. Referências Bibliográficas

- Histórico do Município Rio Preto da Eva. (<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/rio-preto-da-eva/panorama>)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 12p.: (Cadernos de Atenção Básica, n. 12).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças crônicas/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 55 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 114 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 38 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X • Volume 101, Nº 6, Supl. 2, dezembro 2013. (Arquivos brasileiros de Cardiologia)

**7. Anexo 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNA-SUS  
USFPA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**Intervenção educativa em pacientes com  
Hipertensão Arterial da Unidade Básica de Saúde  
Manapolis, Amazonas.**

**Dr. Jose Antonio Mora Montoya  
Tutora: Caren Bavaresco**

**BRASIL 2017**

## Sumario

-

1- Introdução.....	3
2- Objetivos.....	5
3- Revisão de literatura.....	6
4- Metodologia.....	8
5- Cronograma.....	10
6- Recursos necessários.....	11
7- Resultados esperados.....	12
8- Bibliografia.....	13
9- Anexos.....	15

## Introdução

-

A Hipertensão Arterial é a doença crônica com maior frequência em nossas instituições de saúde e em todo o mundo. Podemos definir a Hipertensão Arterial como uma elevação da pressão arterial sistólica e/ou diastólica. Sendo assim que quanto maior sejam as cifras sistólicas ou diastólicas mais elevadas som a morbidade e mortalidade dos indivíduos.

A frequência da Hipertensão Arterial pode variar em diferentes partes do mundo, porém geralmente é aceita que quase um 30% da população adulta padece essa doença, com algumas diferenças em algumas regiões considerando fatores hereditários, constitucionais, características étnicas e hábitos dietéticos.

Em 1975 a OMS estabeleceu que a doença cardiovascular de maior morbidade em a população adulta é a Hipertensão Arterial, sendo um problema de saúde de proporções epidemiológicas por sua elevada frequência pelas complicações suas e pela alta mortalidade provocada por as consequências em órgãos vitais (coração, rins, cérebro...) **(1)**

Sua prevalência no Brasil é de 32%, chegando a mais de 50% em pessoas idosas. Além disso a Hipertensão é um fator de risco modificável maior e sua prevalência tem relação direta com hábitos dietéticos não adequados, diminuição de atividade física e outros aspectos que tem relação com hábitos tóxicos. Por isso não é fácil estabelecer nas primeiras fases um prognóstico e evolução desta patologia. **(2, 3)**

A identificação dos fatores de risco e outras doenças associadas como diabetes, dislipidemias e alterações cardiovasculares, são muito importantes para estabelecer estratégias adequadas para diminuir as possíveis complicações desta doença. As modificações seriam encaminhadas a redução de peso, incremento da atividade física que são as mais eficazes das medidas não farmacológicas. Também aumentar o consumo de frutas e restringir o consumo de sódio, e outros hábitos dietéticos. Além disso diminuir o consumo de tabaco e álcool e a redução do estresse, tem bom efeito secundário. **(4, 5, 6, 7)**

No município de Rio Preto da Eva do Estado Amazonas, temos apenas diagnosticada uma prevalência de mais ou menos um 10% de pacientes com Hipertensão Arterial na população adulta, sem embargo as maiores causas de morte identificadas têm relação com essa doença e suas complicações.

Por essa razão vamos fazer uma estratégia de intervenção educativa para estudar, identificar e modificar os fatores de risco dos pacientes

com Hipertensão Arterial na comunidade atendida pela UBS de Manapolis.

Problema:

Como pode influir modificar os fatores de risco em pacientes com Hipertensão Arterial fazendo uma estratégia educativa na comunidade de Manapolis?

## **OBJETIVOS**

-

### **OBJETIVO GERAL:**

Fazer uma intervenção educativa para melhorar o controle dos fatores de risco em pacientes com Hipertensão Arterial da Unidade Básica de Saúde de Manapolis.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1) Caracterizar a população de acordo com variáveis sociais, demográficas e biomédicas.
- 2) Determinar o nível de modificação dos fatores de risco dos pacientes hipertensos em relação as variáveis sociais e demográficas.
- 3) Estabelecer a relação entre a modificação dos fatores de risco e o controle da Hipertensão Arterial.



## Revisão de literatura

-

A hipertensão arterial sistêmica é um grande problema para a saúde dos brasileiros. É uma doença crônica caracterizada por níveis altos e mantidos de pressão arterial (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Tem relação direta com alterações funcionais e estruturais dos órgãos-alvo, alterações metabólicas e incremento do risco cardiovascular. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). **(2, 8)**

A prevalência no mundo de hipertensão arterial sistêmica é de mais de um 30%, sendo assim a doença crônica que mais pessoas afeta. No Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, com uma média de 32%, e chegam a mais de 50% para pessoas com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. (Guias Latino-americanas de Hipertensão Arterial. 2010; 29: 117-144). **(9)**

É fator de risco para outras doenças: aterosclerose e trombose, que se manifestam por isquemia cardiovascular, cerebrovascular e renal. Além disso também é causa de cardiopatia hipertensiva, e participa da origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida das pessoas. (Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasil 2014). **(8, 9, 10)**

Para fazer o acompanhamento do paciente hipertenso temos que ter em conta os níveis tensionais, o risco cardiovascular e outros fatores de risco: alterações de órgãos-alvo, sexo, idade, tabagismo, sedentarismo, obesidade, alcoolismo, ingestão de sal, estresse, e também as condições socioeconômicas e nível educacional. (Cadernos de Atenção Básica, nº 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasil 2014. 32-34). **(2, 11, 12)**

No Brasil a Atenção Primária de Saúde tem um papel fundamental no acompanhamento do paciente hipertenso. As Equipes de Saúde Familiar (ESF), têm que realizar um trabalho primordial na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas com esta doença, a través de estratégias educativas de acordo as características de sua população, com o fim de melhorar o controle da pressão arterial e seus fatores de risco, com modificações de estilo de vida saudáveis. (Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasil 2014. 21-22). **(8, 13, 14, 15)**

## Metodologia

-

Trata-se de um estudo de intervenção educativa com pacientes que padecem hipertensão arterial da área de abrangência da UBS Manapolis, no município Rio Preto da Eva, Amazonas. O estudo será realizado durante 6 meses no ano 2017 (junho-novembro). Será feito com o objetivo de melhorar o controle dos fatores de risco em pacientes com esta doença.

Primeiramente tem que fazer a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, a fim de contar com seu apoio para alcançar os objetivos traçados e resultados esperados. Com a aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas.

A segunda fase será para que a equipe de saúde faça o estudo dos recursos necessários para executar o projeto e solicitar à gestão municipal os materiais de apoio. Quando a equipe tenha os recursos e preciso a discussão das estratégias e planejamento do trabalho a realizar.

A terceira fase consiste na identificação dos pacientes elegíveis para o estudo a realizar e que tem que cumprir os seguintes requisitos: Pacientes da área de abrangência da UBS Manapolis, pacientes diagnosticados com hipertensão arterial e pacientes que deem seu consentimento para ser incluídos na investigação. Neste momento estão incluídos os processos de inclusão/exclusão.

A quarta fase é a caracterização da mostra estudada de acordo as variáveis sócias e demográficas e biomédicas: Idade (número de anos cumpridos), sexo (feminino e masculino), escolaridade (fundamental, media e universitária), habito de fumar (sem ou não), consumo de álcool (sem ou não), índice de massa corporal

(normopeso, sobrepeso e obesidade), prática de exercícios físicos (sem ou não), ingestão excessiva de sal (sem ou não), estresse (sem ou não), doenças associadas (sem ou não). Depois de coletar todos os dados processar e determinar números e porcentagens correspondentes.

Na quinta fase corresponde fazer um encontro por mês com os pacientes de 1(uma) hora e 30(trinta) minutos com o desenvolvimento de atividades educativas para elevar o nível de conhecimentos dos pacientes sobre os fatores de risco. No encontro será de forma interativa e aclarando duvidas estabelecidas por as pessoas participantes.

Na sexta fase vamos avaliar a traves de entrevistas os câmbios feitos na conduta dos pacientes e o nível de conhecimentos alcançados pelos mesmos. Também vamos a processar e comparar os dados com os resultados da quarta fase em as variáveis que podem ser modificadas.

A sétima fase e para discussão com a equipe de saúde dos resultados logrados e determinar novas estratégias de trabalho com os pacientes para um futuro. Estabelecer as conclusões da intervenção.

## Cronograma

-

Procedimento	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
Coleta de dados e informações correspondentes.	X					
Apresentação do projeto a equipe de saúde da UBS.	X					
Planejamento e organização das atividades.		X				
Aprovação e entrevistas com os pacientes elegíveis.		X				
Atividade educativa número 1			X			
Atividade educativa número 2				X		
Atividade educativa número 3					X	
Atividade educativa número 4						X
Revisão e processamento dos resultados.						X
Discussão e análise dos resultados com a equipe.						X

## **Recursos necessários**

-

- 1- Prontuários dos pacientes em estudo;
- 2- Balança;
- 3- Esfigmomanômetros;
- 4- Canetas;
- 5- Resma de 500 folhas;
- 6- Computador (PC) portátil;
- 7- Profissionais: Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS;
- 8- Sala para realização das atividades.
- 9- Pasta para arquivo das atividades feitas.

## **Resultados esperados**

-

Com nosso estudo esperamos ter uma caracterização o mais completa possível deste grupo de pacientes que nos permita estabelecer melhores estratégias de trabalho e buscar assim maior qualidade de suas vidas.

Trabalhar com mais profundidade os riscos identificados para tratar de modificar quanto seja possível. Compartilhamento de vivências e conhecimentos.

Comprometer aos pacientes com seu cuidado próprio e sua adesão ao tratamento incrementando a conscientização individual sobre os fatores de riscos e complicações da doença apresentada. É importante que os pacientes compreendam que eles têm um papel fundamental no futuro de sua doença a traves das decisões que podem tomar.

Além disso temos que lograr estimular a nossa equipe de trabalho como principal protagonista da educação dos pacientes e lograr acompanhar um maior número de doentes estimulando as mudanças dos hábitos de vida e comportamentos não adequados.

## BIBLIOGRAFIA

-

- 1- Alfredo Dueñas Herrera. La hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina, Cuba 2011; 50 (3): 232-233. [http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension\\_arterial/indice\\_p.htm](http://www.bvs.sld.cu/libros/hipertension_arterial/indice_p.htm)
- 2- Cadernos de Atenção Básica, nº 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasil 2014.
- 3- Ramiro A. Sánchez, Miryam Ayala, Hugo Baglivo, Carlos Velázquez, Guillermo Burlando. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Revista Chilena Cardiología 2010; 29: 117-144.
- 4- Weschenfelder Magrini, D., Gue Martini, J. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. Enfermaria global, revista eletrônica trimestral de enfermaria. Brasil, abril 2012. [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)
- 5- E. González Jiménez, M. J. Aguilar Cordero, C. J. García García. Prevalencia de sobrepeso y obesidad nutricional e hipertensión arterial y su relación con indicadores antropométricos en una población de escolares de Granada y su provincia. Universidad de Granada, España 2011.
- 6- Walter Abraham, Gustavo Blanco, Gabriela Coloma, Alejandro Cristaldi, Natalia Gutiérrez y Luis Sureda. Estudio de los factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Mar del Plata, Argentina 2013.
- 7- Aregullin-Eligio EO, Alcorta-Garza MC. Prevalence and risk factors of high blood pressure in Mexican school children in Sabinas Hidalgo. Salud Pública México 2009; 51:14-18.
- 8- Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasil 2014.
- 9- Cadernos de Atenção Básica, nº 12. Obesidade. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasil 2014.
- 10- Yeny Sáez, Ivonne Bernui. Cardiovascular risk factors prevalence in adolescents in educational institutions. Facultad



de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2009

- 11- Dr. Santos Casado Pérez. Hipertensión arterial. Servicio de Nefrología y Unidad de Hipertensión de la Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid, España 2010.
- 12- Vivian Asunción Álvarez Ponce, Rosa María Alonso Uría, Irka Ballesté López, Milagros Muñiz Rizo. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 30(1)23-31, 2010. <http://scielo.sld.cu>
- 13- Joaquín Sellén Crombet. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control, Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, Cuba 2007.
- 14- Juan Llibre Rodríguez, Tania Laucerique Pardo, Lisseth Noriega Fernández, Milagros Guerra Hernández. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Facultad de Medicina "Finlay-Albarrán". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Medicina. 2011; 50(3):242-251.
- 15- Manuel Delfín Pérez Caballero, Jorge Luis León Álvarez, Manuel Antonio Fernández Arias. El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Medicina. 2011; 50(3):311-323.

## ANEXOS

-

### Encosta para pacientes com Hipertensão Arterial

1- Idade

2- Sexo: Feminino\_\_\_\_. Masculino\_\_\_\_

3- Escolaridade:

Fundamental\_\_\_\_ Nível médio\_\_\_\_ Universitária\_\_\_\_

4- Tratamento farmacológico:

A) Fármaco (s) que toma:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B) Quantidade de medicamento que toma ao dia

\_\_\_\_\_

5- Cumprimento do tratamento médico:

A) Todos os dias\_\_

B) Quando lembra\_\_

C) Quando se sente doente\_\_

D) Quase nunca\_\_

E) Nunca\_\_

6- Assiste as consultas de acompanhamento? Sim\_\_\_\_. Não\_\_\_\_

7- Antecedentes na família de HAS

A) Existe na sua família outras pessoas com HAS? Pai\_\_\_\_

Mãe\_\_ Irmãos\_\_ Filhos\_\_

B) Você experimenta alguma complicação produto da HAS?

Sim\_\_\_\_. Não\_\_\_\_. Quais? \_\_\_\_\_

8- Dieta;

A) Quantidade de sal que consome nas comidas? Não consome\_\_\_\_. Uma colher pequena\_\_\_\_. Uma colher\_\_\_\_

B) Que alimentos você conhece que produzem dano para sua saúde:

---

---

9- Pratica exercícios físicos sistematicamente? Sim\_\_\_\_. Não\_\_\_\_.  
Em caso afirmativo: frequência na semana\_\_\_\_\_ e quanto tempo cada vez\_\_\_\_\_

10- Consumo de álcool. Sim\_\_\_\_, Não\_\_\_\_. Em caso afirmativo: frequência na semana\_\_\_\_\_.

11- Hábito de fumar. Sim\_\_\_\_, Não\_\_\_\_. Quantidade ao dia

---

12- Consumo de café. Sim\_\_\_\_, Não\_\_\_\_.  
Quantidade\_\_\_\_\_

13- Estrese. Acredita que você é uma pessoa estressada? Sim\_\_\_\_, Não\_\_\_\_. Considera que o estrese pode elevar as cifras de PA? Sim\_\_\_\_, Não\_\_\_\_.

## 8. Outros Anexos.

### 1- Foto da UBS de Manapolis antes e depois da inauguração.



### 2- Cronograma de atendimento na UBS.

Profissional	Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Dr. Jose Antonio Mora	Manhã	Demanda livre	Doenças crônicas/ Idosos	Pré-natal/ PLAFAM/ Saúde da mulher	Demanda livre/ Saúde do homem	Especialização
	Tarde	Demanda livre	Visita Domiciliar	Puericultura/ Crescimento Desenvolvimento	Demanda livre/ Reunião ESF	
Enf. Elizandro M.	Manhã	Demanda livre	Doenças crônicas/ Idosos	Pré-natal/ PLAFAM/ Saúde da mulher	Demanda livre/ Saúde do homem	Demanda livre
	Tarde	Demanda livre	Visita Domiciliar	Puericultura/ Crescimento Desenvolvimento	Demanda livre/ Reunião ESF	Demanda livre

### 3- Foto dos métodos contraceptivos no consultório médico



### 4- Foto da assistência pré-natal na UBS (número mínimo de consultas)

<b>ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL</b>			
meses	semanas	meses	semanas
1º mês	4 semanas e meia	5º mês	22 semanas e meia
2º mês	9 semanas	6º mês	27 semanas
3º mês	13 semanas e meia	7º mês	31 semanas e meia
4º mês	18 semanas	8º mês	36 semanas
		9º mês	40 semanas e meia

**INTERVALO ENTRE AS CONSULTAS**  
 Até 28ª semanas: Consulta Mensal  
 Da 28ª a 36ª semana: Cons. Quinzenal  
 Da 36ª a 41ª semana: Cons. Semanal  
 Consultas intercaladas entre os profissionais enfermeiro e médico.

**TRIMESTRE DE GESTAÇÃO**  
 1º TRIMESTRE – 0 a 13 Semanas  
 2º TRIMESTRE – 14 a 26 Semanas  
 3º TRIMESTRE – 27 a 40/41 Semanas

### 5- Foto de ações de saúde de nossa ESF em Manapolis.

