

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LEOSBANIS GUERRA GONZÁLEZ**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA OSMAR FREITAS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.**

**PORTO ALEGRE-RS**  
**ANO 2017**

LEOSBANIS GUERRA GONZÁLEZ

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A  
HIPERTENSÃO ARERIAL SISTÊMICA NA ESTRATEGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA  
OSMAR FREITAS, NO MUNICÍPIO PORTO ALEGRE. RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
curso de Especialização em Saúde da Família da  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto  
Alegre  
Tutor: Prof. Bruno Stelet.

**PORTO ALEGRE  
2017**

## SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO -----	04
1	ESTUDO DE CASO CLÍNICO -----	08
1.1	RELATO DE CASO-----	08
1.2	ABORDAGEM INDIVIDUAL-----	09
1.3	REAValiaÇÃO-----	10
1.4	DISCUÇÃO E CONCLUSÕES -----	12
2	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO-----	14
2.1	ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL-----	14
3	VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE-----	18
3.1	VISITA DOMICILIAR ESF OSMAR FREITAS -----	20
3.2	VISITA DOMICILIAR A UM MORADOR DA COMUNIDADE -----	20
	REFLEXÕES CONCLUSIVAS-----	22
	REFRENCIAS-----	24
	ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO -----	25

## INTRODUÇÃO

O autor tem 36 anos e de nacionalidade cubana, formado como médico geral no ano 2007 pela universidade de ciências médicas, da cidade de Manzanillo, atual província de Granma, da República de Cuba. Trabalhei três anos como médico rural na clínica Ramon Heredia Umpierre do município Yara, em serviço de plantão de emergências e como médico de família, fez residência em medicina geral de família por três anos. Trabalhei três anos na República Bolivariana de Venezuela no programa bairro adentro no ano 2010 até o ano 2013, no estado de Vargas.

No ano de 2016, decidi trabalhar no Brasil, entrando então para o programa mais médicos para o Brasil. Chegando em abril de 2017 em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, recebi acolhimento e as primeiras orientações com respeito as minhas atividades profissionais no relacionadas ao trabalho. Dessa forma, iniciei minha atividade como médico clínico geral na cidade de Porto Alegre na estratégia de saúde da família Osmar Freitas, localizada na rua Jorge Simon, número 146, bairro Santa Tereza, zona sul da cidade e pertencente à Gerência Distrital de Saúde Glória Cruzeiro Cristal.

Inaugurada em 17 de julho de 2002, e tendo como horário de funcionamento das 8:00 as 12:00 e das 13:00 as 17:00, a unidade de saúde da família Osmar Freitas conta atualmente com duas equipes de estratégias de saúde da família e uma equipe de saúde bucal.

A unidade de saúde da família Osmar Freitas tem uma população cadastrada de aproximadamente 4144 habitantes, em sua maioria, idosos. A equipe 2, onde o estudo foi feito, tem uma área de abrangência extensa, com uma população de 2097 cadastrados. Destes, 327 são hipertensos, representando um total de 15,59% da população. Importante salientar que a população apresenta médios e baixos recursos econômicos, sendo a maioria de baixa renda.

Em nossa comunidade encontram-se escolas de ensino fundamental e médio, igrejas, mercados com vendas de artigos em geral, padarias, fruteiras, pequenos comércios, localizadas nas casas de algumas pessoas, sendo a principal atividade econômica os serviços gerais. O território é ainda cercado por estações de

radiodifusão e televisão. O crescimento da urbanização em toda a cidade trouxe maior desenvolvimento ao bairro, aumentando o comércio e erguendo prédios de pequeno porte. Ressalta-se ainda que a partir da década de 1950 o bairro Santa Tereza começou a se desenvolver em função da instalação de empresas de comunicação no bairro, devido a sua posição geográfica.

As edificações têm muita diversidade, predominando no bairro fundamentalmente os condomínios fechados, onde observamos desde boas condições estruturais a outros de baixos recursos. As construções variam desde casas com paredes de concreto, alvenaria, tetos de telha e/ou zinco, algumas de madeira, todavia a maioria das habitações não tem tratamento de esgoto e o fornecimento de água é feito pelo departamento municipal de águas e esgotos (DMAE). O sistema de coleta de lixo em nossa área é irregular, feito pela prefeitura, há ocasiões em que há mais demora na realização do serviço, havendo acúmulo de lixo nas ruas, favorecendo a criação de vetores e roedores. Com relação ao transporte público coletivo a população conta com ônibus e lotações que se deslocam em sentido ao centro da cidade.

A equipe de Saúde tem por hábito realizar reuniões de equipe, acontecem de forma semanal, sempre nas terças-feiras e nas quintas-feiras e tem na maioria das vezes uma hora de duração, onde são discutidos assuntos pertinentes à área de abrangência da comunidade e assuntos gerais relacionado aos problemas de saúde locais, municipais, estaduais e nacionais. Entre os principais problemas de saúde encontrados no território da unidade de saúde estão as doenças cardiovascular (hipertensão arterial e diabetes), saúde mental, doenças respiratórias em adultos e crianças, doenças de transmissão sexual como sífilis e candidíase vaginal e tuberculose pulmonar.

Na unidade existe um fluxo determinado de pacientes e para oferecer um atendimento organizado, são dispostas duas agendas médicas para o atendimento em pediatria e clínica geral, sendo marcadas as consultas com antecedência, os casos de emergências tem prioridade. Há também a oferta de atendimentos em odontologia. Acontecem ainda, consultas de matriciamento e consultas compartilhadas em saúde mental e nutrição, com uma psiquiatra e nutricionista do

núcleo de apoio da saúde da família (NASF). Acontecem ainda consultas agendadas para programas de pré-natal, puericultura, hipertensão e diabetes, assim como são ofertados ainda atividades em grupos aos usuários da unidade, como grupo de caminhada, grupo de tabagismo para usuários que querem cessar o tabagismo, atividades nas escolas e creches e visitas domiciliares.

A agenda de enfermagem contempla testes rápidos, realização de teste de pezinho, programa de prevenção de câncer de colo de útero e mama, programa para hipertensos, diabéticos e acolhimento. Há ainda a disposição dos usuários da unidade a verificação de pressão, curativos, vacinas, medicações injetáveis, hemoglicoteste, nebulizações, dispensação de medicação, acontecendo estes serviços em todos os horários em que a unidade de saúde está aberta.

## **APRESENTAÇÃO**

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica em que o paciente possui níveis altos e sustentados de pressão arterial. Geralmente acarretam alterações funcionais e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de doenças cardiovasculares (BRANDÃO et al, 2010).

A hipertensão arterial é sem dúvidas um dos mais importantes problemas de saúde da medicina atual. É um terrível fator de risco que afeta entre o 20 e 30 % da população maior de 15 anos de idade no mundo. A Hipertensão Arterial é uma das doenças crônicas mais frequentes, a qual constitui umas das principais causas de morte dos adultos em muitos países do mundo (ANDERSON, 2006).

A Hipertensão é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis pela alta prevalência e baixas taxas de controle. Com a elevação da Pressão Arterial a partir de 115/75 mm hg de forma linear, contínua e independente, aumenta progressivamente a mortalidade por doença cardiovascular sendo considerada como um grande problema de saúde pública (WILLIAM, 2010). No ano 2010 as doenças cardiovasculares no Brasil têm sido a principal causa de morte, sendo as doenças do aparelho circulatório a terceira causa de internação hospitalar. (MINISTERIO DA SAUDE, 2010; POLANCZYK, 2009).

De forma geral, há predominância de atendimentos à pacientes hipertensos no atendimento cotidiano dos pacientes da unidade de saúde. Podendo verificar, durante a anamnese, que predominam o uso de carboidratos e gorduras na alimentação destes pacientes, bem como baixo consumo de frutas, verduras e legumes. Muitos pacientes apresentam ainda hábitos do tabagismo, com estilos de vidas sedentárias, não tendo costume de práticas de exercícios físicos regulares, possuindo alguns obesidade, considerando-se um problema de saúde da comunidade.

### **JUSTIFICATIVA**

Esta patologia tem alta prevalência na unidade de saúde Osmar Freitas, onde temos atualmente 327 pacientes hipertensos cadastrados com poucos conhecimentos sobre a doença, complicações e dos fatores de risco associados tornando-se um problema de saúde na comunidade. É indispensável realizar uma intervenção educativa dos fatores de risco da hipertensão e assim, promover modificações no estilo de vida da população. Para que isto ocorra, podemos fazer um controle dos fatores de riscos, dentre os que estão a realização de atividade física periódica, a cessação do tabagismo, levar uma alimentação balanceada, realização de uma dieta adequada, para proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destes indivíduos.

Diante da importância das considerações aqui apresentadas proponho um projeto de intervenção no território da unidade de saúde da família, para tratar esta problemática considerada um problema de saúde pública, que podem serem consultados nos anexos deste portfólio. Este projeto de intervenção tem como objetivo implantar um programa de intervenção educativa na unidade sobre a modificação dos principais fatores de riscos que causam hipertensão, visando obter resultados positivos para incentivar sua aplicação nas outras unidades de saúde da família da cidade.

## 1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

### 1.1 Relato de caso

A família Pereira que mora no município de Porto Alegre, na região de abrangência da USF Osmar Freitas, reside na vila Santa Teresa há 31 anos, foi cadastrada há aproximadamente 14 anos na referida unidade, é uma família que apresenta uma renda salarial bastante baixa, e com esta sobrevivem em sua casa como pode ser observado no genoma descrito na figura 1. Juçara filha da Sra. Maria, está desempregada e agora é a encarregada dos trabalhos domésticos na família, ela não conseguiu mais trabalhar fora devido a sua mãe sofrer diversos problemas de saúde, Alzheimer e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fazendo com que ela se mantenha continuamente em acompanhamento médico. A família reside em uma casa de precárias condições de habitação, apresenta umidade, bem como apenas dois quartos pequenos, cozinha, uma sala e um banheiro, nela mora um total de 6 pessoas, Maria, Juçara, Carla, André, José e Felipe. A escolaridade das pessoas da família é variada. Quanto à alimentação da família é inadequada, pois consomem muitas gorduras e carboidratos, com baixo conteúdo proteico pouco balanceado. A relação dos integrantes da família é bem conturbada, Juçara reclama que os filhos ajudam pouco para manter os gastos da família, em geral fazem uso de palavras vulgares na frente da criança (Felipe), prejudicando seu desenvolvimento. André e Carla (irmãos), são pacientes que apresentam sedentarismo e obesidade, ambos trabalham ocasionalmente e não tem um salário fixo.

Juçara Pereira: É uma paciente sedentária, apresenta quadro de obesidade, apresenta também diabetes e hipertensão arterial, com valores de PA entre 180/120 mmHg e 190/120 mmHg, com uma glicemia de 128-156 mg/dl comumente assintomática, faz uso há dez anos de losartana potássica 50 mg utilizando duas vezes ao dia via oral, hidroclorotiazida 25 mg pela manhã, metformina de 500mg pela manhã. Apresenta também dislipidemia e para este quadro utiliza sinvastatina 20 mg, tem alimentação inadequada e não pratica esporte nenhum, relata sentir-se ansiosa todo o tempo.



## 1.2 Abordagem individual

Em uma de suas visitas de rotina ao posto, foi checada a pressão arterial e HGT de Juçara, então foi constatado que houve alterações nos dois padrões, ela encontrava-se assintomática, mas durante a verificação da pressão arterial esta se encontrava em 160/110 mmHg e HGT em jejum de 153 mg/dl, então os técnicos passaram ela para uma consulta imediata para realizar avaliação pelo médico clínico geral. Na avaliação inicial Juçara relatou sintomas mais comuns como cefaleia frequente, dor muscular, tonturas, dor no peito de moderada intensidade de uns meses para cá e muita ansiedade, descreveu como era a sua alimentação que parecia muito desbalanceada, em momentos de esforço apresenta cansaço, sente-se estressada pela falta de colaboração dos filhos no seu dia-dia e com a pressão dos trabalhos da casa. Na avaliação física, Juçara apresentou um peso de 110 kg, altura de 1,66 m e na verificação da pressão arterial valores de 160/110 mmHg, frequência cardíaca de 89 batimentos por minuto, saturação de oxigênio em 97%, medição da circunferência abdominal de 133 cm e cálculo de índice de massa corporal de 40 kg/m<sup>2</sup>, o aparelho cardíaco apresentava ruídos cardíacos rítmicos sem sopros, extremidades inferiores sem edemas.

Depois da avaliação foi indicado captopril 25 mg sublingual e se sugeriu que Juçara deveria ficar deitada na maca pelo menos por meia hora com controle de sinais neste período. O pessoal da enfermagem ficou monitorando as condições clínicas e mantendo o médico responsável informado dentro daquele período para reavaliar e dar alta ao paciente se possível. Após 45 minutos novamente a pressão arterial foi verificada e apresentou valores de 140/90 mmhg, ganhando a alta com recomendações como: mudar seu estilo de vida em conjunto com uma melhor alimentação, sendo a alimentação de escolha mais adequada, rica em proteínas, baixo teor em gorduras e carboidratos, somado a exercícios físicos com duração de no mínimo 30 minutos com uma frequência de 3 dias na semana. Foram realizados encaminhamentos aos serviços de nutrição e psicoterapia no posto da Vila Cruzeiro, para acompanhamento da obesidade e as crises de ansiedade e tristeza, da mesma forma, foi orientado trocar uso de losartana potássica por enalapril 10 mg, 1 cp de 12/12 h, visando diminuir o risco de falência renal com o uso de inibidores da ECA, orientou-se continuar com o uso de hidroclorotiazida 25 mg 1 x/dia e acrescentar a

metformina para 500 mg de manhã e à noite, também foi orientado manter tratamento para o controle da dislipidemia e prescreveu-se fluoxetina 20 mg todos os dias pela manhã. Foram solicitados exames laboratoriais, exames de imagem, eletrocardiograma, solicitado MAPA, coleta de citopatológico de colo de útero e mamografia de controle. Foi orientada a fazer seguimento da sua pressão arterial e HGT no mínimo 3 vezes por semana durante 15 dias, registrar os dados para o retorno agendado, assim reavaliar se houve melhoria clínica.

### **1.3 Reavaliação**

No dia da consulta agendada para reavaliação, Juçara estava bem mais tranquila e um pouco mais centrada, emagreceu 2 kg, relatou ter feito caminhadas diárias nas tardes, por aproximadamente 30 minutos, procurou junto com seus filhos a equipe de psicoterapia no posto da vila Cruzeiro, graças a essa terapia ela estava mais animada e melhor emocionalmente. Referiu ter melhorado a sua alimentação nesse período, graças às recomendações obtidas na consulta com a nutricionista e ter cuidado também a pressão arterial que apresentou uma melhora em relação à primeira consulta. Foram avaliados exames laboratoriais que informaram valores de glicose de jejum: 110 mg/dl, HbA1C: 6,2 %, triglicerídeos: 168 mg/dl, colesterol total: 227 mg/dl, LDL: 161 mg/dl, HDL 34 mg/dl, creatinina: 0,9 mg/dl, demais exames laboratoriais normais. O eletrocardiograma mostrou discreta hipertrofia do ventrículo esquerdo, a radiografia de tórax AP e de perfil evidenciou uma cardiomegalia discreta com aumento do ventrículo esquerdo, sem outras alterações. Nessa consulta de reavaliação foram constados valores de PA: 130/80 mm hg e HGT: 107 mg/dl de jejum. Ela foi encaminhada para o cardiologista devido à cardiomegalia descrita. No final da consulta foram mantidas as orientações de continuar com o tratamento não-farmacológico e farmacológico, assim como manter o acompanhamento médico pelos especialistas e retorno a cada três meses para acompanhamento na unidade.

### **Artigos Relevantes**

Em relação ao tratamento do DM do tipo 2, o estudo mais importante nesta linha é o United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), que analisou se o controle rigoroso da hiperglicemia e da hipertensão arterial era capaz de reduzir as complicações do DM e a mortalidade... (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003, p. 1-2).

O objetivo geral da orientação nutricional é auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico. Os objetivos específicos da terapia nutricional são: contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer calorias suficientes para a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo saudável, prevenir complicações agudas e crônicas do DM e promover a saúde através da nutrição adequada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES,2003, p. 23).

A presença de obesidade, hipertrigliceridemia, HDL-colesterol baixo e hipertensão arterial, entre outros estigmas observados na síndrome metabólica, indica a ocorrência de resistência à insulina, e, neste caso, a metformina seria o medicamento preferido, com base nos resultados do UKPDS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES,2003, p. 53)... " No UKPDS, a metformina foi a única medicação que determinou uma diminuição significativa da incidência de complicações cardiovasculares em pacientes obesos, inclusive infarto do miocárdio e morte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES,2003, p. 43).

A.SÁENZ, Calvo et al. destacam em revisão sistemática e meta-análise que o uso da metformina reduz os riscos de agravos da diabetes..." A metformina foi mais benéfica do que as sulfonilureias ou insulina para qualquer evento clínico associado à diabetes... "A metformina foi mais benéfica do que o placebo, a dieta ou as tiazolidindionas na hemoglobina glicosilada A1 e as sulfonilureias ou a insulina no peso. Conclusões: A longo prazo, a metformina reduz os riscos de eventos clínicos associados à diabetes (2005, p.183).

Em pacientes com sobrepeso ou obesidade e DM 2, uma perda de peso (redução mantida de 5% do peso corporal inicial), tem demonstrado melhora no controle glicêmico e redução da necessidade de tratamento farmacológico (URREA; URREA, 2016). A atividade física, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, na prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, osteoporoses e câncer do cólon (CENTRO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE HARVARD CUIDAR DE SU SALUD,2014; URREA; URREA, 2016).

A capacidade de reduzir a pressão arterial, a pressão intraglomerular e a permeabilidade da membrana glomerular são fatores determinantes na progressão da lesão renal e explica o efeito renoprotetor dos IECA e dos bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRAs) (BORGES,2008, p. 10).

No tratamento da nefropatia diabética, o uso de IECA e BRAs, associado ao controle rígido da pressão arterial, que deve ser mantida em níveis iguais ou inferiores a 130x80 mmHg, é de suma importância não só para promover proteção renal, como também para promover proteção cardiovascular " (BORGES,2008; CACHATE,2008; ALVESOS,2008, p.10). Por outro lado, há casos em que se obtêm benefícios com esses fármacos isoladamente ou em associações. São os medicamentos de primeira escolha nos portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) associada à hiperinsulinemia, diabetes, Hipertrofia Ventricular Esquerda e doença coronariana. Os inibidores da ECA também são de primeira escolha nos pacientes hipertensos que não sejam

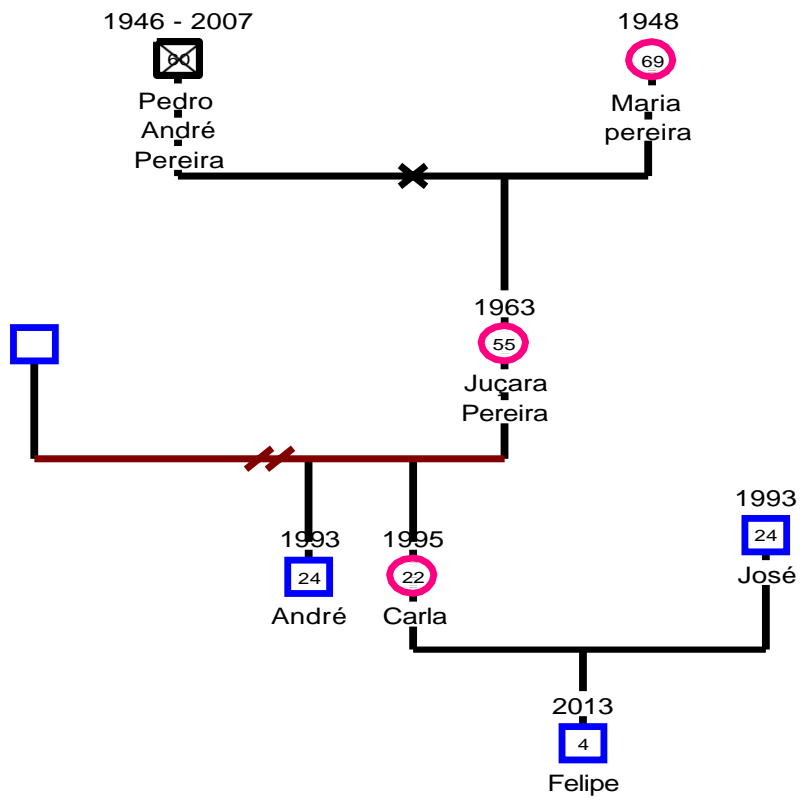
negros ou idosos. Como referimos, são indicados em pacientes hipertensos diabéticos, graças aos efeitos benéficos na prevenção da glomeruloesclerose progressiva, e porque não alteram o metabolismo de carboidratos (BORGES,2008, p. 15-16).

#### **1.4 Discussão e Conclusões**

O caso da Sra. Juçara ilustra as características dos pacientes das comunidades de baixa renda e nível educacional de não priorizar os cuidados com a própria saúde, evidenciando que alguns estilos de vida associados a fatores de riscos como o sedentarismo, a dieta inadequada, o estresse, a obesidade entre outros, poderiam aumentar a progressão das doenças degenerativas, como descrevem as referências atuais. Por outro lado, podemos observar que este caso apresenta estigmas observados na síndrome metabólica, pois tem uma associação de diabetes, hipertensão, sobrepeso, HDL-colesterol baixo e LDL-colesterol elevado, trigliceridemia, sedentarismo, conhecidos nas referências como principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV). Por tanto, o principal objetivo do manejo é o reajuste do tratamento instituído para esta paciente, a fim de evitar justamente o desenvolvimento das DCV.

Juçara quando iniciou o acompanhamento na unidade, controlou seus índices pressóricos e glicêmicos com adequação da dieta, prática de exercícios físicos e perda de peso, o acrescento do uso da metformina, a troca da losartana por enalapril e a estabilização do estado de saúde mental com o uso da fluoxetina e mediante o acompanhamento com a psiquiatria. Foi orientado continuar o uso da hidroclorotiazida e sinvastatina, uma vez que a paciente apresentava baixos níveis de HDL-colesterol e altos níveis de LDL-colesterol com aumento do risco de doença cardiovascular (DCV). A paciente aderiu de forma satisfatória ao tratamento com melhora significativa dos níveis pressóricos e glicêmicos. Dessa forma, pode-se concluir que para o efetivo controle das doenças crônicas e na prevenção dos agravos, é preciso sensibilizar a paciente de seguir todas as orientações médicas no acompanhamento, que incluem, de maneira geral, o uso das medicações conforme foram prescritas, adotar algumas mudanças no estilo de vida, o que proporciona mais qualidade de vida à paciente.

Título: fig. 1 GENOGRAMA FAMÍLIA PEREIRA



Fuente: prontuário eletrônico e ficha de cadastro da família Pereira

Legenda: paciente masculino



Paciente feminino

Divorcio



## **2. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

### **2.1 Atenção ao pré-natal**

A atenção básica é a porta de entrada da atenção à saúde no Brasil, pelo que o acompanhamento médico da mulher durante a gravidez é oferecida pelo SUS. As consultas de pré-natal devem começar assim que se confirme a gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, com seu cadastramento no SiSPreNatal (BRASIL,2012).

Na consulta do pré-natal o médico deverá identificar qual é a idade gestacional, a classificação de risco da gravidez , orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso, informar a data provável do parto, orientar à gestante sobre a alimentação o acompanhamento do ganho de peso gestacional e os primeiros cuidados com o bebê, deve haver a interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico e a instituição de condutas específicas, deve referenciar a gestante para atendimento odontológico e atualização das vacinas, referenciar a gestante para serviços especializados quando o procedimento for indicado e estabelecer o vínculo com o hospital de referência do parto (BRASIL,2012).

De acordo com Buchabiqui et al (2005), a assistência pré-natal visa garantir o bom andamento das gestações de baixo risco e identificar adequada e precocemente quais as pacientes com mais chances de apresentar uma evolução desfavorável, para que sejam encaminhadas a um nível de atendimento mais complexo.

Segundo o Ministério da Saúde et al (2012), a atenção às gestantes deve se dar no sentido de reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna e infantil, adotando-se medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e a assistência neonatal.

No Brasil os síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes na gestação, acometendo entre 5 a 7% das mulheres, constituindo a primeira causa de morte materna, reportando-se o 35% dos casos atribuída à falta de assistência pré-natal principalmente quando se instalam nas formas graves como a eclâmpsia (CLÍNICA BEDMED,2016).

Os principais fatores de risco são: diabetes mellitus, gravidez múltipla e primeira gestação, obesidade, histórico familiar de hipertensão, doenças renais crônicas ou longo intervalo entre os partos (CLÍNICA BEDMED,2016).

Classificação das doenças hipertensivas na gestação adotada pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (VILAS E TELDOI,2009).

- ✓ Hipertensão crônica pré-existente (HC);
- ✓ Pré-eclâmpsia (PE) /Eclâmpsia (E);
- ✓ Pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica;
- ✓ Hipertensão gestacional (HG).

### **Hipertensão crônica preexistente**

É a hipertensão que existia antes da mulher ficar grávida ou diagnosticada antes de 20 semanas de gestação (VILAS E TELDOI,2009).

### **Pré-eclâmpsia (PE)/Eclâmpsia (E)**

É o surgimento de hipertensão após a 20ª semana de gravidez associado à perda de proteínas na urina, problema renais, do fígado, do sistema nervoso central ou queda no número de plaquetas (VILAS E TELDOI,2009).

### **Pré-eclâmpsia superposta à hipertensão crônica**

É a pré-eclâmpsia que ocorre em mulheres previamente hipertensas (VILAS E TELDOI,2009).

### **Hipertensão gestacional**

É o aumento da pressão arterial que surge após as 20 semanas de gravidez, em mulheres normotensas antes da gestação, sem perda de proteínas na urina (sinal de pré-eclâmpsia) (VILAS E TELDOI,2009).

Segundo Sibai e Kupfermanc et. al. (2005) as complicações tanto para a mãe quanto para o bebê mais comuns nos casos graves são:

Maternas: síndrome HELLP (10-20%), edema pulmonar (2-5%), insuficiência renal aguda (1-5%), eclampsia (< 1%), insuficiência hepática ou hemorragia (< 1%), acidente vascular cerebral, morbidade cardiovascular a longo prazo e a mesma morte materna.

Neonatais: nascimento prematuro (15-67%), restrição de crescimento fetal (10-25%), hipóxia com lesão neurológica (< 1%), morte perinatal (1-2%), morbidade cardiovascular em longo prazo associada ao baixo peso ao nascer (abaixo de 2.5 kg) (p.365: 785-99).

A cura para a doença hipertensiva na gravidez é o parto. Por essa razão, se o parto não é aconselhado devido à imaturidade fetal, os esforços são dirigidos no sentido de controlar os sintomas, a fim de melhorar a condição materna e fetal até que o parto possa ser realizado (ZIEGEL E CRANLEY, 1985).

Os objetivos terapêuticos no tratamento das doenças hipertensivas na gravidez são finalizar a gestação com o mínimo de trauma materno-fetal, promover o desenvolvimento normal da criança, restaurar a saúde materna, diminuir a irritabilidade do sistema nervoso central, controlar a pressão sanguínea e promover a diurese (KNOBEL, 1998).

Na unidade básica de saúde Osmar Freitas, da zona sul, Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal de Porto Alegre, do estado Rio Grande do Sul, quando a paciente ingressa como gestante no sistema de saúde, se fornece uma atenção estratégica ante a paciente e o novo membro da família que está por chegar, baseada nos atributos da acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, oferecendo o melhor acolhimento com base nas suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento contínuo durante os meses de gestação mediante consultas programadas todas as segundas as tardes e mediante a realização de visitas domiciliares compartilhadas com demais profissionais da equipe, visando promover atividades de prevenção e promoção assim como educação em saúde:

- ✓ Importância do pré-natal e autocuidados;
- ✓ Sexualidade;
- ✓ Orientação de higiene, dietéticas e nutricional na gravidez;
- ✓ Desenvolvimento da gestação;
- ✓ Importância da realização dos exames complementares;
- ✓ Modificações corporais e emocionais;
- ✓ Importância do planejamento familiar;
- ✓ Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério;



- ✓ Importância sobre a participação do pai e a família durante a gestação;
- ✓ Importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança;
- ✓ Aleitamento materno e cuidados da criança.

Dentro do posto existe um grupo de gestantes onde se compartilham histórias, cada mulher grávida deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. São também parte desta história os fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal, contando as suas histórias, as grávidas esperam compartilhar experiências e obter ajuda assim na assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro. Neste grupo tenta-se por meio da equipe realizar uma conversa aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalecendo a gestante no seu caminho até o momento do parto e ajudar a construir o conhecimento sobre si mesmo, levando a um parto tranquilo e saudável.

Na unidade, com os recursos disponíveis pelo SUS, procura-se realizar os procedimentos dentro das normas e condutas necessárias para o acompanhamento das gestantes de baixo ou alto risco. Os principais objetivos da equipe no acompanhamento e tratamento nas gestantes com doenças hipertensivas na área de abrangência é reduzir os riscos maternos e conseguir um bom resultado perinatal, orientando a dieta hipossódica, rica em frutas, verduras, saladas, controle dos fatores de risco, diminuição da irritabilidade do sistema nervoso central, controle da pressão sanguínea mediante o uso de anti-hipertensivos quando a pressão arterial sistólica (PAS) estiver > 150 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) em 90-100 mmHg, promover a diureses e reduzir edemas, realização de exames diagnósticos, prevenção de complicações e agravos e mediante o seguimento adequado em conjunto com o obstetra e cardiologista dos hospitais de referência.

### 3. VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

As visitas domiciliares constituem na atualidade uma importante ferramenta da atenção primária à saúde, realizada com uma frequência regular em cada família da área de abrangência, dependendo de suas características e necessidades, e tendo como principal instrumento para o contato aos agentes comunitários de saúde (ACS).

Consiste na assistência específica ao indivíduo, sua família e a comunidade, estendendo assim o atendimento hospitalar até o domicílio (SOBREIRA, 1981).

A assistência prestada por meio da visita domiciliar, constitui uma ferramenta de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (CUNHA; GAMA, p.29).

A visita domiciliar, visa prestar uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições socioeconômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso (KAWAMOTO et al, 1995, p. 35).

Segundo SCOTNEY (1981), “visitas domiciliares sistemáticas para localizar casos, fazer um levantamento da saúde e educação para a saúde deveriam de início, convergir para uma área específica e limitada”. Nesse sentido, deve estar adequada à realidade de vida de uma determinada população assim como atender às necessidades específicas de um programa de atendimento na área de saúde. Estes aspectos também são apontados por PADILHA et al (1994) onde, segundo as autoras a visita domiciliar é importante para identificar as condições social e sanitária do cliente do serviço bem como a sua família, também, adaptar os conhecimentos e procedimentos técnicos à realidade social, econômica, cultural e ambiental da família.

O marco inicial da ação domiciliária transcende a um grupo da saúde que por iniciativa própria e como voluntária começaram a prestar cuidados domiciliares a uma comunidade prioritária, os doentes das zonas pobres. A realização dessas visitas permitiu-lhes identificar a estreita relação entre o fator socioeconômico e o nível de saúde da comunidade, ou seja, o baixo nível socioeconômico e o elevado índice de adoecimento da população pobre. Desde então, passaram a aliar, na assistência direta ao doente, o trabalho preventivo, destinado especialmente às mães e às crianças, visando a minimizar os problemas identificados e elevar o nível de saúde da população menos favorecida (SOBREIRA, 1981, p.33).

GOMES (2005), destacou diretrizes para as políticas de atendimento à família, que consideramos importantes na política municipal de atenção domiciliar, algumas delas são:

- ✓ Identificar fatores de risco individuais e familiares;
- ✓ Prestar assistência ao paciente no seu próprio domicílio, especialmente em caso de acamados;
- ✓ Auxiliar no controle e prevenção de doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis, estimulando a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não;
- ✓ Promover ações de promoção à saúde, incentivando a mudança de estilo de vida;
- ✓ Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares;
- ✓ Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária;
- ✓ Desenvolver a função de trabalhador social.

Lima; Silva e Bousso (2010, p. 891) comentam respeito a efetividade e eficiência da visita domiciliar que:

[...] para que a visita seja bem-sucedida e atinja seu objetivo, é fundamental que ela seja devidamente planejada, para que o agente aproveite melhor o tempo das pessoas que vai visitar. Além disso, é importante que tanto este profissional como o indivíduo ou a família visitada compreenda a finalidade dessa atividade.

A visita domiciliar na ESF constitui uma atividade utilizada com o objetivo de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações almejando à promoção de saúde da coletividade, se constituindo em um instrumento essencial, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

Pode-se afirmar que o espaço domiciliar é potente para promover e potencializar a reflexão das relações usuários/trabalhadores de saúde no cenário de saúde intradomiciliar.

Pela grande incidência e alta morbimortalidade existentes de hipertensão, a evasão dos pacientes hipertensos à ESF, que cresce consideravelmente, fazendo com que o acompanhamento não ocorra de forma integral e tendo em vista os artigos citados, é possível concluir que a visita domiciliar permite uma proximidade com as famílias para se desenvolver ações destinadas à promoção e recuperação da saúde, partindo da busca ativa e visita nos domicílios desses pacientes para efetivar o controle dos níveis pressóricos, a adesão ao tratamento e orientações quanto aos hábitos de vida saudáveis e ainda conhecer a qualidade de vida desses usuários. Conclui-se que, mesmo atendendo às pessoas isoladamente, por meio da visita domiciliar, a equipe de saúde interage com a família do hipertenso, assim acredita-se que, ao tentar manter o quadro da doença estável e diminuindo os índices de internações, pode-se promover algum benefício à família.

### **3.1. Visita domiciliar ESF Osmar Freitas**

Na minha experiência vivenciada com pacientes hipertensos, o tratamento correto tem como objetivo controlar os níveis pressóricos, a adesão ao tratamento e agravos da doença, realizando visitas domiciliares para o acompanhamento da evolução do quadro destes pacientes. Tenho realizado muitas visitas na comunidade, já que contamos com o pessoal capacitado e ACS com ótimo conhecimento da comunidade.

Para realizar as consultas domiciliares são discutidos os casos de pacientes mais debilitados que não podem se deslocar ao posto, idosos, acamados, faltosos, e estes são acompanhados e orientados com seus diagnósticos específicos, para o uso correto e ininterrupto das medicações, também são orientados quanto à higiene de cuidados pessoais, como o manter o ambiente da casa bem limpo e arejado, controlando assim os sintomas da doença, além disso, também é incentivada a vacinação de crianças na idade certa.

### **3.2 Visita a um morador da comunidade**

Exemplo de um de nossos atendimentos: (o nome do paciente foi trocado por ética profissional). Um paciente chamado Francisco Carvalho de 67 anos de idade, obeso, morador do bairro Santa Tereza, procurou atendimento devido à dificuldade progressiva de realizar tarefas cotidianas, tais como caminhadas, pagar as contas, fazer as compras no mercado, além referiu queixas de cefaleia, tonturas e visão emvasada, negou outras queixas específicas. Na história pessoal, informou ter feito colecistectomia, os sinais vitais foram normais na consulta, naquele dia pesou 107 kg, apresentou 1,72 cm de estatura. Em outro momento, após discutir na reunião sobre o Sr Francisco a equipe realizou uma visita, ao chegar em sua casa, o seu filho relatou a equipe que a semana anterior o pai havia sofrido uma queda, sendo levado ao hospital Conceição e lá foi diagnosticado com HAS. Alguns dados foram anotados naquele dia, medida da pressão arterial foi 140 x 90 mmHg; frequência cardíaca era 84 bpm; frequência respiratória 20 rpm e a temperatura corporal 36°C, também foi verificado o cumprimento de seu tratamento que era: enalapril (10 mg; 2 x ao dia); HCT (25 mg, 1 x ao dia); e diversas medidas de apoio, então foi encerrada a visita.

### **3.3 Seguimento**

O paciente foi orientado a manter alimentação saudável, continuar as caminhadas, foi explicado novamente a importância de manter uma vida mais saudável com as mudanças em seu estilo de vida, continuar as medicações indicadas de forma ininterrompida e foi encaminhado para avaliação no serviço de cardiologia e oftalmologia (fundo de olho) explicando a ele a importância deste exame, que poderia apontar retinopatia hipertensiva e no caso de alteração seria indicado o tratamento. Após seis meses de tratamento foi feita nova avaliação e constatou-se estabilização do quadro. O paciente relatou ter melhorado, realizado os exames e ter comparecido as consultas conforme foi orientado, as medidas anteriores da pressão arterial demonstraram valores pressóricos normais. O paciente relatou dificuldades para aderir ao tratamento medicamentoso, então foi marcada uma próxima consulta para continuar com as visitas, observar seus sintomas e dar continuidade do tratamento.

A experiência vivenciada e ações praticadas na comunidade da ESF Osmar Freitas por parte da equipe, serviram para se criar um vínculo de confiança com a

população atendida, percebendo-se que esta confiança contribuiu para a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico e o controle dos níveis pressóricos.

## **REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Todo profissional da saúde deve optar sempre pela sua superação, ganhar no dia a dia conhecimentos que ajudem enriquecer e desenvolver sua prática diária com maior qualidade e segurança. Trabalhar no Brasil tem sido uma grande experiência para mim, embora tenha sido muito difícil no começo, pois tive que me adaptar a um estilo de trabalho, idioma, cultura e tradições diferentes, que tornaram essa experiência, inigualável.

O curso de especialização em saúde da família, foi estruturado em dois eixos temáticos, o primeiro relacionado ao campo de saúde coletiva, e um segundo eixo relacionado ao núcleo profissional. Foi uma ótima oportunidade para estudar e entender o campo de atuação do SUS em Brasil, importante para qualificar o meu desempenho na prática médica e a tomada de decisões com relação aos problemas mais prevalentes detectados na comunidade. Mediante este curso consegui expandir minha aprendizagem, podendo realizar mudanças na prática diária, fortalecer o trabalho em equipe, planejar melhor as ações e a organização dos atendimentos diários. O estudo dos casos complexos, permitiram-me abordar conteúdos relacionados à assistência integral da saúde da criança e adolescente, da mulher, do adulto, do idoso, além da saúde mental e urgências na APS, que representam nossos atendimentos no dia a dia, ajudando qualificar minhas habilidades, propiciando-me reflexões críticas e avanços na melhoria das ações e atendimentos.

Diante a plataforma permitiram-me compartilhar e refletir sobre vivências, ideias, conhecimentos com os colegas da turma através dos fóruns, espaço interativo que achei muito interessante para o intercâmbio de experiências que ajudaram ter um olhar diferente na conduta de cada caso discutido.

A educação a distância foi um método novo para mim, pois foi a primeira vez que tive experiências com um curso com estas características, o que gerou no começo grande estresse, pelas dificuldades com a prática da informática e escrita em português, além o tempo limitado para o envio das tarefas, o que obrigou-me ficar

mais horas no computador para ganhar habilidades e melhor desempenho no curso. Nas duas etapas foi imprescindível o apoio dos tutores, sem o auxílio deles para o esclarecimento das principais dúvidas e a orientação sobre o manejo das ferramentas do Moodle, não houvesse conseguido obter resultados satisfatórios.

As publicações, artigos e vídeo aulas disponíveis no Moodle durante toda a etapa da especialização foram de grande ajuda para meus estudos e meu trabalho na atenção primária à saúde, contribuiu também no aperfeiçoamento na aplicação de ferramentas como: saúde baseada em evidências, o método clínico baseado na pessoa, e o projeto terapêutico singular, levando as mesmas à prática cotidiana, beneficiando os pacientes que procuram nossa consultas e precisam de atendimentos qualificados.

Outra experiência nova como ferramenta de ensino foi o portfólio, previamente não tinha conhecimento sobre este tipo de instrumento, mas posso afirmar que foi útil, a realização de cada tópico influenciou positivamente no trabalho da equipe, a qual brindou-me junto à supervisora do programa mais médicos para o Brasil, grande apoio durante todo o curso, refletindo sobre nosso atuar no dia a dia na unidade, as dificuldades encontradas e o planejamento de ações para elevar a qualidade da atenção dos pacientes e a comunidade.

## REFERENCIAS

ANDERSON, HV. Estrogen therapy, atherosclerosis and clinical cardiovascular events. *Circulation*, p. 1809, 2006.

A.SÁENZ, Calvo et al. Metformin for type-2 diabetes mellitus. Systematic review and meta-analysis. Volume 36, Issue 4, July 2005, Page 183. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16153370#>> Acesso em: 2 janeiro 2018 <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/02126567/36/4>> Acesso em: 2 janeiro 2018.

BRANDÃO, AA. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol.* São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 1-4, Sept. 2010.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. *JACC*, p. 55(1): 66–73, 2010.

BORGES, Fabiana, et al. Inibidores da enzima conversora da angiotensina e suas múltiplas ações farmacoterapêuticas, 2008, p.10,15-16. Disponível em: <[http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/downloads/farmacia/cenarium\\_02\\_08.pdf](http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/downloads/farmacia/cenarium_02_08.pdf)> Acesso em: 10 janeiro 2018.

BRASIL. Ministério de Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco, 1ra ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Cadernos de Atenção Básica, 32 Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf)>. Acesso em: fevereiro de 2018.

BUCHABIQUI, JA et al. Assistência pré-natal. In: FREITAS, F; COSTA, S.H.M; RAMOS. J.G.L; MAGALHÃES, J.A, organizadores. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre (RS): Artmed, p.439, 2003.

CENTRO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE HARVARD CUIDAR DE SU SALUD. Diabetes Mellitus. Factores de Riesgo. Disponível em: <[http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&quiz=diabetes&page=risk\\_list](http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/update/hccpquiz.pl?lang=spanish&func=show&quiz=diabetes&page=risk_list)>. Acesso em: agosto 2017

CLÍNICA BEDMED. Assistência Integral à saúde da mulher. Os riscos da hipertensão na gravidez, 2016. Disponível em: <<http://bedmed.com.br/osriscos-da-hipertensao-na-gravidez/>> Acesso em: fevereiro de 2018.

CUNHA CLF; GAMA MEA. Assistência Domiciliar. Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012, p. 29. Disponível em: <[https://issuu.com/editorarubio/docs/assistencia\\_domiciliar\\_final\\_02](https://issuu.com/editorarubio/docs/assistencia_domiciliar_final_02)> Acesso em: 15 Março 2018.

GOMES, A; PEREIRA, MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005.

KNOBEL, E. *Conduitas no Paciente Grave*. 2ª ed. v.2. São Paulo: Atheneu, p.1181-1186, 1998.

KAWUAMOTO, EE et al. *Enfermagem comunitária*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, p. 35-9, 1995.



LIMA, AN et al. A visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. Saúde soc.[online]. v. 19, n. 4, p. 889-897,2010.

MINISTERIO DA SAUDE. In: Sistema de informações de mortalidade. Óbitos por residência por ano do óbito segundo capítulo CID-10. Dados preliminares de mortalidade 2010. Disponível em< [http // WWW.datasus.gov.br](http://WWW.datasus.gov.br).> Acesso em 2017 agosto 22.

POLANCZYK, CA, Ribeiro J.P. Coronary Artery Disease in Brasil, Contemporary managemet and future perspectives.Heart. 2009, 95(11): 870-6.

RAMÉREZ URREA, Sara I.; RAMIREZ URREA, Julian H. Estándares de Cuidado Médico en Diabetes. Primera parte, 2016. Disponível em:<<http://jrminterna.blogspot.com.br/2016/01/estandares-de-cuidado-medico-en.html>>. Acesso em: 24 jul, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes do tipo 2. – Rio de Janeiro: Diagraphic, p1-2; 23; 43; 53,2003.

SIBAI B, Dekker G; KUPFERMINEC M. Preeclampsia. Lancet. 2005; 365: 785-99. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000157&pid=S0066782X200900130001700009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000157&pid=S0066782X200900130001700009&lng=en)> Acesso em: fevereiro de 2018.

SOBREIRA, N.R. Enfermagem comunitária. Rio de Janeiro. Interamericana, 1981.

TAKARASHI R.F; OLIVEIRA M.A.C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Brasil IDS. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, p. 43-6,2001.

VILAS FREIRE, Claudia M.; TELDOI, Citânia Lúcia. Hipertensão arterial na gestação. Arq. Bras. Cardiol. vol.93 no.6 supl.1. São Paulo Dec. 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2009001300017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2009001300017)> Acesso em: fevereiro de 2018.

ZIEGEL, E. E; CRANLEY, M. S. Enfermagem Obstétrica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

**ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTOALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LEOSBANIS GUERRA GONZÁLEZ**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
OSMAR FREITAS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.**

**PORTO ALEGRE-RS**

**2017**

## RESUMO

A hipertensão afeta um número cada vez maior de pessoas em vários países. A doença possui fatores de riscos conhecidos e determinados pelo estilo de vida. É necessário estabelecer uma forma de identificar e controlar a presença destes fatores na população atendida. O objetivo do estudo é realizar uma intervenção educativa sobre hipertensão arterial, para conhecer os fatores de riscos associados a esta condição nos pacientes hipertensos atendidos na unidade de atenção primária à saúde Osmar Freitas do município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo quantitativo, de intervenção, do tipo antes e depois, com o intuito de verificar o efeito de uma intervenção educativa sobre os fatores de risco da hipertensão arterial em pacientes com esta doença e alcançar modificações positivas sobre os mesmos. O período de realização será de um ano, iniciando em julho de 2017. O universo do estudo é constituído pelos pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados pelos agentes de saúde. A amostra será constituída por todos os pacientes maiores de 15 anos com hipertensão descontrolada que tenham acompanhamento em consulta e com o consentimento dos mesmos. Inicialmente, haverá uma capacitação aos agentes comunitários de saúde sobre os fatores de riscos de hipertensão, para serem investigados nas visitas domiciliares. Posteriormente serão dadas as atividades educativas aos pacientes hipertensos. Os pacientes serão acompanhados nas consultas e visitas domiciliares programadas a cada 2 meses com o objetivo de fazer mudanças nos fatores de riscos presentes e assim diminuir a quantidade de medicamentos consumidos por dia.

Palavras chave: fatores de risco, hipertensão arterial.

## **RESUMEN / ABSTRACT**

La hipertensión afecta a un número cada vez mayor de personas en varios países, la enfermedad posee factores de riesgo conocidos e determinados por el modo y estilo de vida. Es necesario establecer una forma de identificar e controlar la presencia de estos factores en la población atendida. El objetivo de este estudio es realizar una intervención educativa sobre hipertensión arterial para conocer los factores de riesgos asociados a esta condición en los pacientes hipertensos atendidos en la unidad de atención primaria a la salud Osmar Freitas del municipio de Porto Alegre, estado Rio Grande do Sul. Se trata de un estudio cuantitativo, de intervención de tipo antes y después, con el fin de verificar el efecto de una intervención educativa sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en los pacientes con esta enfermedad y lograr modificaciones positivas sobre los mismos. El periodo de realización será de un año, iniciando en julio del 2017. El universo estará constituido por los pacientes hipertensos dispensarizados por los agentes de salud. La muestra será constituida por todos los pacientes mayores de 15 años con hipertensión descompensada que tengan seguimiento en consulta y con el consentimiento de los mismos. Inicialmente se realizara una capacitación a los agentes comunitarios sobre los factores de riesgo de hipertensión, para ser investigados en las visitas domiciliarias. Posteriormente serán dadas las actividades educativas a los pacientes hipertensos. Los pacientes serán seguidos en consultas y visitas domiciliarias cada 2 meses con el objetivo de hacer modificaciones en los factores de riesgos presentes y así disminuir la cantidad de medicamentos consumidos por día.

Palabras-claves: factores de riesgo, hipertensión arterial.

## LISTA DE ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico.
DCV	Doença Cardiovascular.
DIC	Doença Isquêmica do Coração.
FR	Fatores de Risco.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio.
PA	Pressão Arterial.
PSF	Programa Saúde da Família.
SCA	Síndrome Coronário Agudo.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
USF	Unidade Básica da Família.

## SUMÁRIO

1. Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema -----	06
2. Justificativa -----	06
3. Objetivos	
3.1. Objetivos gerais -----	07
3.2. Objetivos específicos -----	07
4. Revisão da literatura.	
4.1. Definição da hipertensão arterial sistêmica -----	08
4.2. Fatores predisponentes da HAS -----	09
5. Metodologia.	
5.1. Sujeitos da intervenção (público alvo) -----	10
5.2. Critérios de inclusão -----	10
5.3. Local do estudo -----	10
5.4. Delineamento do estudo -----	10
5.5. Estratégias e ações -----	10
6. Cronograma -----	11
7. Recursos necessários -----	12
8. Resultados esperados -----	13
Referências -----	14
Anexos -----	16

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Identificação e apresentação do problema**

O município Porto Alegre é a capital do estado Rio Grande do Sul. Tem uma população de 1.481, 019 habitantes (IBGE, 2017), possui várias unidades básicas de Saúde (UBS), onde funciona o programa de saúde da família (PSF), dentro delas a USF Osmar Freitas, situada no bairro Santa Teresa, na região sul da capital que conta com duas estratégias de saúde da família e uma população na área de abrangência de 4,144 em sua maioria idosa, onde será feito o estudo. Predominam os atendimentos aos hipertensos nos atendimentos de clínica geral da USF. Pode-se verificar, durante a anamnese, que predominam os carboidratos e gorduras na alimentação destes pacientes, com baixo consumo de frutas, verduras e legumes. Muitos pacientes fumam, outros tem estilos de vida sedentária, alguns com obesidade, não possuem o hábito de praticar exercícios físicos, considerando-se um problema de saúde da comunidade.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Esta patologia tem alta prevalência no posto Osmar Freitas, onde temos atualmente 327 pacientes hipertensos cadastrados com poucos conhecimentos sobre a doença, complicações e dos fatores de risco associados tornando-se um problema de saúde pública. É indispensável realizar uma intervenção educativa dos fatores de risco da hipertensão e assim, lograr modificações no estilo de vida da população. Para que isto ocorra, podemos fazer um controle dos fatores de riscos, dentre os que estão a realização de atividade física periódica, a cessação do tabagismo, levar uma alimentação balanceada, realização de uma dieta adequada, para proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destes indivíduos. Caso a experiência tenha êxito, pode-se utilizar como modelo para a ampliação do projeto para outros bairros da cidade.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- ✓ Conhecer os fatores de riscos mais frequentes associados à hipertensão arterial nos pacientes da USF Osmar Freitas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ✓ Classificar os pacientes estudados por variáveis demográficas: idade, sexo e etnia.
- ✓ Determinar os fatores de riscos da hipertensão arterial na população estudada.
- ✓ Verificar adesão terapêutica.



## **4. REVISÃO DA LITERATURA**

### **4.1 Definição de hipertensão arterial sistêmica**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica em que o paciente possui níveis altos e sustentados de pressão arterial (PA). Geralmente acarretam alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de doenças cardiovasculares (BRANDÃO et al, 2010).

A hipertensão arterial é sem dúvidas um dos mais importantes problemas de saúde da medicina atual. É um terrível fator de risco que afeta entre o 20 e 30 % da população maior de 15 anos de idade de nosso planeta. A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas mais frequentes, a qual constitui umas das principais causas de morte dos adultos em muitos países do mundo (ANDERSON, 2006).

A hipertensão é considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis pela alta prevalência e baixas taxas de controle. Com a elevação da PA a partir de 115/75 mm hg de forma linear, contínua e independente, aumenta progressivamente a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) pelo que é considerada como um grande problema de saúde pública. No mundo só 54 % das mortes são provocadas por DCV em pacientes com histórico de hipertensão, e 47 % desses pacientes hipertensos faleceu por doença isquêmica do coração - DIC) sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAM, 2010).

As doenças DCV no Brasil têm sido a principal causa de morte. Só em 2010, foram registrados 79,954 óbitos associados a síndrome coronária aguda (SCA), principalmente por angina e infarto agudo do miocárdio (IAM), esses números corresponderam ao 7,05% do total do óbito do ano (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

No ano 2010, as doenças do aparelho circulatório, terceira causa de internação hospitalar, com 210,046 internações por doenças isquêmicas do coração, foram responsáveis, no Brasil, por 29% das mortes de um total de 1,133,761 (POLANCZYK; RIBEIRO, 2009).

No Brasil, estudos indicam que a nefropatia hipertensiva é a principal doença renal de base no pacientes em programas de diálises. (SESSO; GORDAM, 2007; CHERCHIGLIA et al., 2006). Entre os fatores que contribuem para a hipertensão como causa de doença renal crônica terminal destacam-se: aumento da esperança de vida da população, maior incidência e prevalência de hipertensão nos idosos, e aumento da idade dos pacientes iniciando tratamento (CAETANO; PRAXEDES, 1998).

#### **4.2 fatores predisponentes da HAS:**

Existe relação da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (CESARINO et al., 2008). Em um estudo no Rio de Janeiro e São Paulo, a prevalência de HAS em metalúrgicos foi de 24,7% e a idade acima de 40 anos foi a variável que determinou maior risco para esta condição (MARTINEZ; LATORRE, 2006).

O excesso de peso está relacionado com HAS desde a adolescência (BRANDÃO et al., 2010). Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, um aumento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade abdominal também está associada com hipertensão (WORLD HEALTH ORGANITATION, 1997).

A alimentação é rica em sal, açúcar e gorduras. Em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS (SOCIEDADES BRAILERA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O estudo de Barreto & Cyrillo (2001) na cidade de São Paulo, mostrou uma diminuição nos gastos domésticos com hortaliças e frutas no orçamento familiar e um aumento nos gastos com alimentos industrializados.

Estudo de coorte retrospectiva, em uma amostra estratificada sistemática de 335 trabalhadores de uma refinaria de petróleo em Mataripe, estado da Bahia, Brasil, de 1986 a 1993 demonstraram que o alcoolismo é um fator de risco para o desenvolvimento de pressão arterial (DA SILVA, 1999).

A ingestão de uma única dose de álcool pode causar a queda de pressão - efeito hipotensor imediato - depois a eleva gradualmente - efeito pressor tardio - que

é o período de depuração do etanol consumido. A partir de três doses de álcool por dia há um aumento da pressão arterial, a redução do consumo diminui a pressão. Observou-se também um fato curioso, o risco de hipertensão não depende do tipo de bebida ingerida, e sim beber fora dos horários das refeições, independentemente da quantidade (MOREIRA, 2005).

A nicotina pode aumentar a pressão arterial por aumento do tônus do músculo liso vascular ou por aumento da vasopressina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010). De acordo com SMELTZER e BARE (2002), a nicotina causa a diminuição do volume interno das artérias, provocando endurecimento das artérias ou arteriosclerose, e com isso força o coração a trabalhar com mais esforço e frequência, levando ao aumento da pressão arterial e conseqüentemente o risco de infarto no miocárdio e a sua gravidade.

O estresse, afeta também a pressão arterial, aumentando a frequência cardíaca, força contráctil dos batimentos cardíacos, assim como da resistência periférica, aumentando o risco de doença cardíaca. No aparelho circulatório, leva a liberação de adrenalina e promovendo desta forma taquicardia e vasoconstrição. O estresse aumenta o tônus (resistência) vascular, levando a um incremento na pressão arterial (MISSAGIA, 2010).

No Brasil, em 2012, cerca de 40% dos brasileiros tinham colesterol alto (acima de 200mg/dl). É comum depois dos 30 anos e em sedentários, mas também podem afetar pessoas magras, pessoas ativas e jovens.

Pessoas que praticam atividades físicas tendem a ter o organismo forte, já o corpo com falta de estímulo perde suas capacidades e funções, facilitando o aparecimento de hipertensão arterial. Para manter a saúde em dia não é preciso muito exercício, basta ser mais ativo. A dica é incluir nas tarefas do seu dia pelo menos 30 minutos de atividade físicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2010).

## **5. MÉTODOLOGIA**

### **5.1 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO (PÚBLICO-ALVO)**

O público-alvo deste projeto de intervenção é a população com hipertensão arterial do bairro de Santa Teresa da área de abrangência da USF Osmar Freitas, na cidade de Porto Alegre.

### **5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Como critério de inclusão, os hipertensos devem ser maiores de 15 anos e apenas aqueles que apresentarem hipertensão arterial descontrolada medida ao início do estudo.

### **5.3 LOCAL DO ESTUDO**

O presente estudo será desenvolvido na USF do bairro Santa Teresa, na cidade de Porto Alegre.

### **5.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo de intervenção, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa, com o intuito de verificar e conhecer os fatores de riscos mais frequentes associados à hipertensão arterial nos pacientes da USF Osmar Freitas e o efeito de uma intervenção educativa sobre esses fatores de risco de HAS para lograr mudanças no estilo de vida dos pacientes.

### **5.5 ESTRATÉGIAS E AÇÕES**

Em um primeiro momento, apresentar o projeto de intervenção para a equipe de saúde, para que conheçam os objetivos e os métodos utilizados na intervenção. Havendo a aceitação da equipe, será apresentado o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas e os resultados esperados. Espera-se a autorização por parte da gestão municipal e a disponibilização de materiais educativos de apoio, como os cadernos de atenção básica.

Nas reuniões de equipe, realizar-se-ão as capacitações aos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre a hipertensão arterial. Os ACS deverão cadastrar os pacientes com HAS da USF Osmar Freitas nas visitas domiciliares, recolhendo

dados através de entrevista, tais como: uso correto da terapia medicamentosa, presença de ansiedade (causada por dificuldade financeira, dificuldades no trabalho/desemprego, familiar, de moradia, etc.), obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de sal e álcool.

Os pacientes hipertensos que participarem das entrevistas e concordarem em participar, serão convidados para uma atividade educativa desenvolvida pela equipe, na qual será explicada a influência dos fatores de risco desta doença e as complicações que ela pode gerar.

Haverá seguimento em consulta a cada 2 meses e visita domiciliar mensal programada pelos agentes de saúde aos pacientes, vinculação aos grupos educativos e atividades educativas programadas.

## 6. CRONOGRAMA

<b>Procedimento</b>	<b>J</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>
Apresentação do projeto para os agentes comunitários de saúde.	X					
Elaboração do questionário da entrevista.	X					
Apresentação do questionário para os ACS, para avaliação e tirar dúvidas de preenchimento.		X				
Reescrita do questionário, se necessário, a partir das considerações dos agentes.		X				
Entrevistas dos ACS durante as visitas domiciliares.		X				
Elaboração de listagem da quantidade de hipertensos que aceitaram a entrevista e participar da intervenção educativa.		X				
Agendamento da atividade educativa com o grupo de pacientes.			X			
Realização da intervenção educativa.			X			

Avaliação na consulta médica.	X		X		X	
Avaliação das cifras de PA dos pacientes.	X		X		X	
Avaliação pelo ACS na visita.	X	X	X	X	X	X
Avaliação dos dados e comparação com as medidas antes da intervenção (antes e depois).						X
Avaliação do projeto pela equipe (melhorou/não melhorou).						X

## 7. RECURSOS NECESSÁRIOS

**Recursos Humanos a utilizar:** Autor da investigação, agentes comunitários de saúde, a enfermeira da equipe de atenção básica, uma auxiliar de enfermagem, líderes comunitários.

### **Recursos materiais:**

- Cadernos de atenção básica;
- Tablet dos ACS;
- Papel;
- Caneta;
- Balança;
- Esfigmomanometro digital;
- Computador (prontuário dos pacientes presentes no estudo);
- Impressora;
- Sala de reunião na USF;
- Material audiovisual (projektor, computador, televisão, etc).

## **8. RESULTADOS ESPERADOS**

- ✓ Como tarefa final, lograr fazer mudanças nos fatores de risco presente em cada paciente, para diminuir assim as cifras de pressão arterial de cada um deles além da quantidade de remédios consumidos por dia;
- ✓ Lograr cadastramento de mais do 70 % da população de nossa USF que apresenta hipertensão arterial;
- ✓ Ter uma noção dos principais fatores de riscos que apresentam os pacientes hipertensos de nossa comunidade;
- ✓ Vincular aos agentes comunitários de saúde no trabalho do controle e tratamento aos pacientes hipertensos;
- ✓ Programação periódica das consultas e visitas domiciliares aos pacientes hipertensos;
- ✓ Incorporação ao grupo de hipertensão aos pacientes com a doença descompensada para diminuir cifras de pressão de maneira imediata.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, HV. Estrogen therapy, atherosclerosis and clinical cardiovascular events. *Circulation*, p.1809, 2006.
- BARRETO SAJ; CYRILLO DC. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Rev Saúde Pública*, p. 35:52-9, 2001.
- BRANDÃO, AA. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol. São Paulo*, v. 32, supl. 1, p. 1-4, Sept. 2010.
- CAETANO, E.R.P.; PRAXEDES, J.N. Lesão renal na hipertensão essencial. *HiperAtivo*, p.5:(4):234-41,1998.
- CHERCHIGLIA, M.L. et al. Gênese de uma política pública de ações de alto custo e complexidade: as terapias renais substitutivas no Brasil: *Revista da Associação Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 16, p. S83-S89, 2006.
- CESARINO, CB. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card*, p.91(1): 31–35, 2008.
- DA SILVA L, Carlos Tadeu et al. Hipertensão arterial e alcoolismo em trabalhadores de uma refinaria de petróleo. *Pan Am J Public Health* 6(3), 1999, SciELO-Scientific Electronic Library Online. Disponível em: <[www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n3/0476.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n3/0476.pdf).> Acesso em:12 agosto 2017.
- MISSAGIA, Luciana. ESTRESSE E HIPERTENSÃO, 26 de agosto de 2010. Disponível em:< <http://hipertensao2010.blogspot.com.br/>.> Acesso em:17 agosto 2017.
- MOREIRA, LB. Álcool e hipertensão arterial. *Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão*, n.1, v.8, p.18-21,2005.
- MARTINEZ MC; LATORRE MRDO. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. *Arq Bras Cardiol*, p. 87: 471–479, 2006.
- MINISTERIO DA SAUDE. In: Sistema de informações de mortalidade. Óbitos por residência por ano do óbito segundo capítulo CID-10. Dados preliminares de mortalidade 2010. Disponível em:< [http // WWW.datasus.gov.br](http://WWW.datasus.gov.br).>Acesso em 2017 agosto 22.
- POLANCZYK, C.A; RIBEIRO J.P. Coronary Artery Disease in Brasil, Contemporary managemet and future perpectives.*Heart*, p. 95(11): 870-6, 2009.
- SESSO, R.C.C.; GORDAN, P. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 29, p. 9-12, 2007.
- SMELTZER, S; BARE B. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO,2010. Disponível em:<  
[www.sbh.org.br/geral/releases.asp?id=25](http://www.sbh.org.br/geral/releases.asp?id=25)..>Acesso em 2017 agosto 22.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. JACC, p. 55(1): 66–73,2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, jun 1997.

## ANEXO I; II



Fig. 1: Acúmulo de lixo e falta de saneamento básico nas ruas do bairro.

Fonte: Elaborado pelo autor



Fig. 2: Conjunto de apartamentos do bairro Santa Tereza, caracterizando a umidade, fator de desenvolvimento de rinites alérgicas.

Fonte: elaborado pelo autor.

## ANEXO III

### Questionário

Prezado paciente:

O seguinte questionário tem o fim de precisar os conhecimentos que sobre a hipertensão arterial você tem, o mesmo será utilizado com fins meramente científicos pelo que lhe solicitamos individualidade em suas respostas.

Obrigado.

O autor.

### Perguntas:

1. Dos seguintes medicamentos, marque quais você considera sejam indicados para o tratamento da hipertensão:
  - a) \_\_\_\_\_captopril;
  - b) \_\_\_\_\_metronidazol;
  - c) \_\_\_\_\_enalapril;
  - d) \_\_\_\_\_anlodipino;
  - e) \_\_\_\_\_dipirona;
  - f) \_\_\_\_\_ibuprofeno;
  - g) \_\_\_\_\_hidroclorotiazida;
  - h) \_\_\_\_\_paracetamol;
  - i) \_\_\_\_\_sinvastatina;
  - j) \_\_\_\_\_amoxicilina;
  - k) \_\_\_\_\_cefalexina;
  - l) \_\_\_\_\_losartana potássica;
  - m) \_\_\_\_\_atenolol.

**2.** Marque com uma X quais você considera fatores desencadeantes de hipertensão arterial:

- a) \_\_\_\_\_obesidade;
- b) \_\_\_\_\_mãe e pai hipertenso;
- c) \_\_\_\_\_paciente HIV positivo;
- d) \_\_\_\_\_paciente idoso;
- e) \_\_\_\_\_paciente analfabeto;
- f) \_\_\_\_\_alcoolismo;
- g) \_\_\_\_\_pacientes tabagistas;
- h) \_\_\_\_\_mulheres com tratamentos anticoncepcionais.

**3.** Marque com uma X os elementos que lhe indiquem que você pode sofrer de hipertensão arterial:

- a) \_\_\_\_\_dor de cabeça;
- b) \_\_\_\_\_dor no peito;
- c) \_\_\_\_\_tonturas;
- d) \_\_\_\_\_constipação;
- e) \_\_\_\_\_zumbido nos ouvidos;
- f) \_\_\_\_\_febre.

**4.** Dos seguintes aspectos, marque com uma X quais porias em prática para prevenir a hipertensão arterial:

- a) \_\_\_\_\_ferver a água de consumo;
- b) \_\_\_\_\_diminuir o consumo de sal na dieta;
- c) \_\_\_\_\_acrescentar o consumo de frutas e legumes;
- d) \_\_\_\_\_realizar atividade física periodicamente (caminhadas);
- e) \_\_\_\_\_evitar a obesidade;
- f) \_\_\_\_\_diminuir o consumo de álcool;
- g) \_\_\_\_\_não fumar;
- h) \_\_\_\_\_lavar bem as frutas e vegetais;
- i) \_\_\_\_\_não se automedicar;
- j) \_\_\_\_\_tomar captopril.

5. Dos seguintes planeamentos marque quais você considera sejam complicações da hipertensão arterial:

- a) \_\_\_\_\_ desidratação;
- b) \_\_\_\_\_ infarto agudo do miocárdio;
- c) \_\_\_\_\_ acidente vascular cerebral(AVC);
- d) \_\_\_\_\_ perda da visão;
- e) \_\_\_\_\_ demência;
- f) \_\_\_\_\_ falha renal;
- g) \_\_\_\_\_ quadros convulsivo.

#### ANEXO IV

**Planilha de conformidade:**

Eu \_\_\_\_\_ expressei  
minha conformidade com a presente investigação, depois de ter escutado a  
explicação realizada pelo doutor, comprometendo-me a seguir estritamente o horário  
das aulas e as atividades planejadas.

\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente.