



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DASAÚDE DE PORTO ALEGRE.  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMILIA.**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NIURKA MARÍA GUEVARA REYES**

**TÍTULO DO TCC: PROJETO DE INTERVENÇÃO: ESTRATÉGIAS  
EDUCATIVAS PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM CAMBOATÁ  
PARAGOMINAS- PARÁ.**

**PARAGOMINAS-PA**

**2017**

**NIURKA MARÍA GUEVARA REYES**

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM  
CAMBOATÁ- PARAGOMINAS- PARÁ**

**Portfólio apresentado no curso  
de Especialização em Saúde da Família.  
Programa Mais Médicos para o Brasil.**

**Orientador:** Prof. Dra. Vanessa  
Vilhena Barbosa

**PARAGOMINAS, PARA**

**2017**

## SUMÁRIO

Atividade 1 – Introdução	04
Atividade 2 - Estudo de Caso Clínico	06
Atividade 3 - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças	11
Atividade 4 - Visita domiciliar/Atividade no domicílio	14
Atividade 5 - Reflexão Conclusiva	20
Referências Bibliográficas	22
Anexo 1 – Projeto de Intervenção	24

## INTRODUÇÃO

Meu nome é Niurka María Guevara Reyes. Sou médica Especialista em Medicina Geral Integral formada em Cuba no ano 1995, neste momento cursando a Especialização em Saúde da Família no marco do projeto Mais Médicos para o Brasil (turma 15. novembro- 2016).

Atualmente encontro-me atuando na Unidade Básica de saúde Familiar Jardim de Camboatá no município Paragominas no estado Pará, na região norte do Brasil, o município tem uma área de 19.395.69 km<sup>2</sup> e sua população estimada é de 107.610 habitantes, a economia do município está fortemente relacionada com a presença na cidade da empresa Mineradora Hidro, na agricultura e Pecuária.

A estrutura pública de saúde conta com dois hospitais, o Hospital Municipal de Paragominas e Hospital Regional Público do Leste, uma Unidade de Pronto Atendimento no centro do Município e 17 Estratégias de Saúde da Família, consta com convênios em saúde com diferentes especialistas e clínicas particulares do município.

Na UBS tem duas Estratégias de Saúde da Família, eu trabalho na Estratégia do Camboatá 1 que atende 6 microáreas. A equipe de saúde está composta por 01 médica, 01 odontólogo, 01 enfermeiro, 03 técnico de enfermagem, 01 técnico de farmácia, 01 técnico de serviços odontológicos, 01 recepcionista, 01 auxiliar de serviços gerais, e 06 agentes comunitários de saúde, com uma média de 160 famílias para todos os ACS e uma população total aproximada de 3884 habitantes.

É uma comunidade estruturalmente bem desenvolvida, todas as residências recebem o serviço da energia elétrica, água pela rede pública, as ruas asfaltadas e com serviço de saneamento ambiental regular. Conta com a presença de vários pequenos comércios, supermercados, uma creche, uma escola de ensino fundamental, uma escola de ensino médio, três igrejas evangélicas e uma católica. Também contamos com o campo de futebol localizado ao fundo da unidade o qual é utilizado para prática de atividades e encontros esportivos que envolvem a comunidade. Contamos com o CRAS que

desenvolve um trabalho de apoio solidário e realização de atividades educativas fundamentalmente focadas nas crianças e adolescentes de risco social, além do desenvolvimento de atividades educativas, palestras e grupos de gestantes e alimentação saudável.

Entre as doenças mais prevalentes da morbidade temos a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2, Parasitosis intestinais, Infecções do Trato Urinário, Anemia, infecções da Pele e Vulvovaginitis Agudas.

No Projeto de Intervenção apresentado, o tema escolhido foi: Estratégias educativas para diminuir a incidência da hipertensão arterial na unidade básica de saúde Jardim de Camboatá, doença que constitui um problema de saúde para nossa comunidade em busca de não somente contribuir em sua relevância social, mas também através das ações de saúde melhorar a qualidade de vida da população atuando sobre os fatores de risco e reduzir a morbidade e mortalidade por esta doença e garantir diagnóstico, preços e tratamento oportuno da mesma.

## ACIVIDAD 2

Abordagem familiar e Genograma de uma família atendida na ESF Jardim Camboatá, evolução e plano de atendimento.

Apresentação do caso.

Temos uma família extensa formada por 5 integrantes, de baixas condições socioeconômicas, baixo nível cultural.

Constituída por um casal, o senhor E.S.N. de 69 anos, diabético e hipertenso há 15 anos, fumante de mais o menos uns 14 cigarros ao dia, aposentado, e a senhora C.M.B. de 64 anos de idade com Diabetes mellitus há 20 anos, eles tem tratamento, mas não fazem a medicação direta. Os casais têm três filhos, dois homens, e a mais nova mulher. A mulher é a senhora P. que mora na casa do casal, ela tem 44 anos, com história de hipertensão arterial e faz tratamento com Losartana de 50 mg 1 comprimido de 12 em 12 horas, Hidroclorotiazida de 25 mg um comprimido de manhã cedo os quais não toma regularmente, e mantêm níveis elevados de pressão arterial, ela é viúva, seu marido morreu há 3 meses de Infarto Agudo do Miocárdio, de ai em diante sua saúde piorou para ela.

P. encontra-se muito preocupada com problemas econômicos e da família, faz ofício de faxinas sem emprego fixo, com pagamento irregular, tem uma filha chamada C. de 17 anos de idade que é mãe separada , engravidou de outro adolescente que deixou ela com 6 meses de gravidez, sua criança de nome V de 2 meses de idade foi baixo peso ao nascer, durante a gravidez C. começou o acompanhamento no primeiro trimestre mais mudou o endereço e não assistiu às consultas pré-natais de forma regular deixando de fazer exames de acompanhamento da gravidez, não compareceu na consulta de nutrição, também não fez ultrassonografia do segundo y terceiro trimestre. A agente comunitária de saúde marcou uma consulta para P. para acompanhamento da HAS ,durante a consulta ela encontrava-se ansiosa e preocupada, queixando de dor na cabeça e no peito, relatou também nos

últimos dias não conseguia dormir, e que seus pais estavam precisando de sua atenção para controle das doenças deles, queixa da situação econômica e que o dinheiro não dá para resolver os problemas da casa, falou que começou fumar há 2 semanas para calmar os nervos e o estresse causado de não dormir, sem ter alguém que ajude com todos os problemas que apresenta. Ao interrogatório manifestou sintomas de poliúria, polifagia e perda de peso, no triagem foi comprovado a perda de peso e as cifras da pressão arterial em 160/100 mm Hg, foi realizado o exame físico completo, e solicitados os exames de laboratório, e orientamos mudanças de estilo de vida, fazer dieta sem sal, baixa em carboidratos sem gordura, começar tomar todo dia os medicamentos para controle da PA, fazer MAPA, também a importância do abandono do cigarro, foi agendada consulta de retorno para avaliação e consulta de saúde mental, além da consulta com a nutricionista e acompanhamento na consulta de tabagismo mais uma visita domiciliar com a equipe de saúde.

No dia seguinte foi apresentado o caso da Senhora P. ao equipe de saúde foi feita a discussão do caso para realizar melhor acompanhamento com o objetivo de modificar fatores de risco que estão afetando a integridade e dinâmica da família desde o ponto de vista: biológico, psicológico e social, é aí onde nos corresponde aos profissionais da saúde trabalhar, para modificar estilos de vida, fazendo um a abordagem familiar integral de início, intervir nas necessidades de saúde, aliviar o sofrimento do paciente, oferecer confiança e apoio, promover um diálogo aberto, como o objetivo de dar solução aos problemas de saúde que estão apresentando. A equipe de saúde concorda em fazer a visita domiciliar além de agendar consulta de puericultura para a criança da C. e sua a consulta de planificação familiar, também consulta de acompanhamento de Hipertensão para o casal.

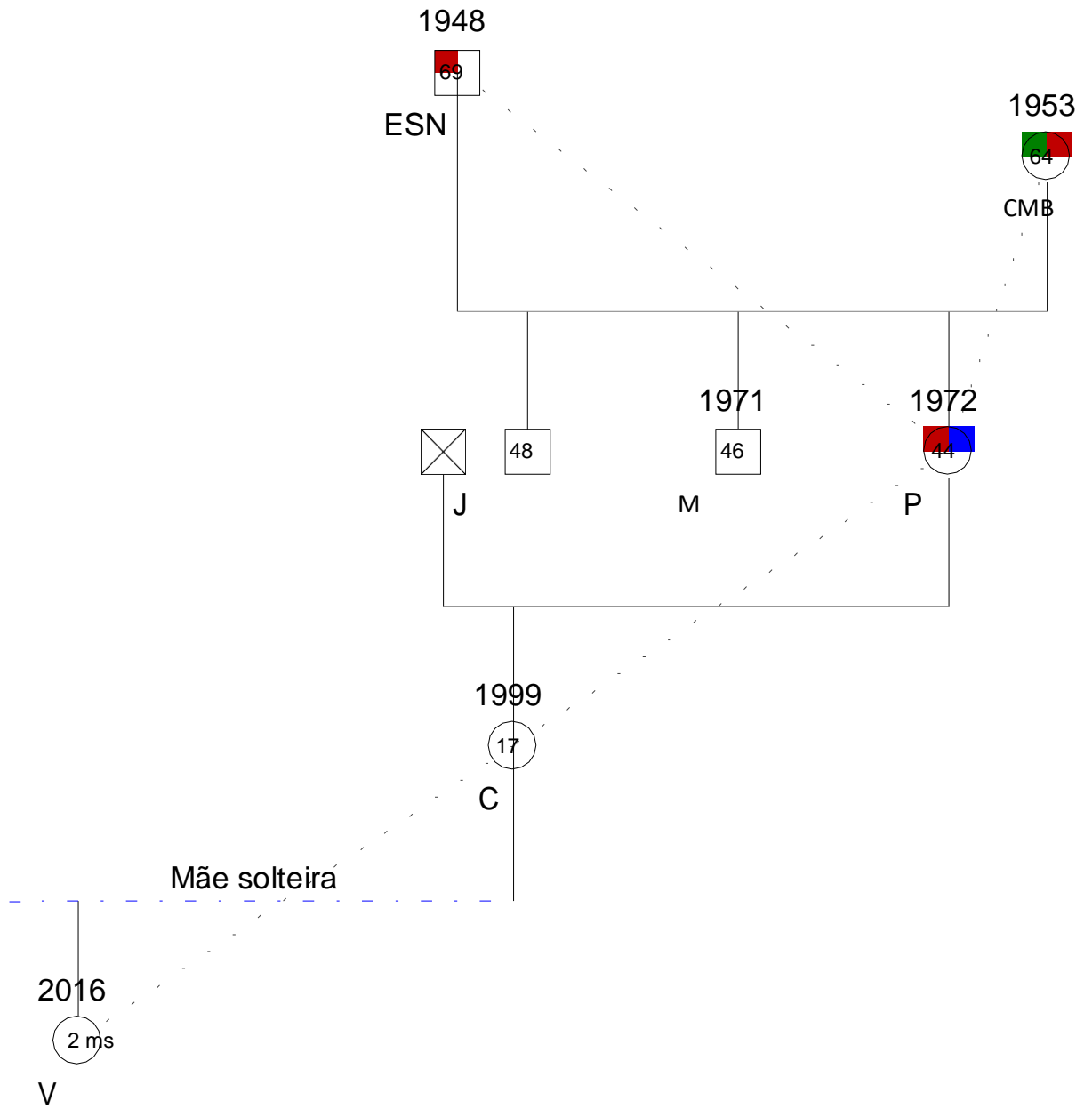
Na semana seguinte P. voltou na consulta com resultados dos exames, e MAPA que apresentou cifras da PA em 140/80 mm de Hg, ela aparentava encontrar-se mais tranquila, falou a melhora de alguns dos sintomas, e que ainda continuava como outros, ao exame físico apresentava cifras de PA em 140/85 mm Hg, nos resultados dos exames apresentou colesterol triglicérides, creatinina, ácido úrico, ureia e urina rotina com valores normais, a glicemia em

jejum 203 mg/dl, foi confirmado para P. o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, foi colocado tratamento com hipoglicemiantes orales do tipo da Metformina (850 mg) e falamos os principais sintomas da doença, as principais complicações, importância de realização do tratamento e da dieta adequada, mudanças de estilos de vida, foi solicitado exame de glicemia pra próxima consulta que foi agendada dentro de 1 mês. Aos 5 dias seguintes foi realizada visita domiciliar na casa do casal eles se encontravam em casa, a senhora P. e sua filha com a netinha. Durante a visita da equipe foram avaliadas as condições da vivenda, a casa encontrava-se limpa e ordenada, aproveitamos para fazer uma consulta ao casal já que eles não foram à UBS para sua consulta programada realizando-se um exame físico completo para eles, foram orientados na importância da adesão do tratamento para suas doenças crônicas, importância da dieta adequada, necessidade do abandono do hábito de fumar no caso do senhor E.S.N. e solicitados exames de laboratório para o acompanhamento das suas doenças. A agente de saúde falou para C. a data para consulta de puericultura de a filha e a consulta de planejamento familiar para ela, assim como a data para consulta de Psicologia para P. fez uma intervenção familiar pedindo a cooperação de todos os membros da família em vistas a melhorar o estado em que se encontrava a senhora P. acompanhar ela no seu luto pelo falecimento do seu esposo, cooperando em a realização das tarefas da casa, o cumprimento do tratamento adequado para as doenças crônicas do casal, importância de C. de fazer um bom atendimento para sua filha baixo peso ao nascer com aleitamento exclusivo até 6 meses de idade, assistir à consulta de planejamento familiar e levar criança na consulta de puericultura para o acompanhamento e desenvolvimento da criança. Nossa equipe de saúde concorda em fazer as consultas do casal na casa atendendo que os mesmos apresentam muita dificuldade para se movimentar e assistir à UBS, as consultas foram programadas no marco das visitas domiciliares, também nossa equipe concorda em a importância do cadastro da família no programa bolsa de família, para melhorar as condições econômicas da família, por tudo isto chegou à conclusão que nossa visita domiciliar foi de grande ajuda para a família toda, eles ficaram agradecidos com nossa intervenção e manifestaram seu desejo de



cooperar para melhorar a saúde de P. e todos os membros da família. C compareceu na consulta de puericultura para sua criança, foi feita a consulta junto com o enfermeiro onde foram avaliados todos os parâmetros de acompanhamento da criança, lograr que entenda a importância das consultas já que uma fase da vida onde a criança precisa de muitos cuidados como amamentação, vínculo da mãe com o bebê, foi encaminhada na sala de vacinas, foi agendada a próxima consulta e o encaminhamento na consulta de pediatria por ser uma criança de alto risco. No mesmo dia foi feita a consulta de planejamento familiar para C. foi escolhido para ela Acetato de Medroxiprogesterona (50 mg) 1 ampola IM de 3 em 3 meses , falamos na importância das relações sexual com uso de preservativo para a prevenção das doenças de transmissão sexual, também foi encaminhada na sala de PCCU para coletar amostra.

P. retornou na consulta, falou que tinha melhorado seus sintomas, pois não apresentava mais poliúria e também não polidíssia, dizendo que a consulta com a Psicóloga foi muito acertada e a ajuda recebida fez muito bem para ela, já que estava conseguindo dormir melhor, mostrava-se mais tranquila não precisa do cigarro para ficar tranquila, o triagem se constatou aumento de 1kg de peso ,as cifras de PA foram de 130/90 mm de Hg, e o resultado da glicemia foi de 134 gr /dl, falou que seus pais também encontravam-se muito melhor e sua filha dava melhor atendimento à criança. Por tudo isso podemos falar que é muito importante continuar nosso trabalho na prevenção e promoção de saúde, redução dos fatores de risco, melhorando cada dia mais a qualidade de vida da nossa população, trabalhar na detecção precoce das doenças crônicas não transmissível e seu tratamento oportuno com o fim de diminuir a mortalidade por essas causas.



### **ATIVIDADE 3**

#### **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.**

A promoção de saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar sua saúde, representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública.

A promoção da saúde consiste em proporcionar às pessoas e comunidades os meios para melhorar a qualidade de vida e “tomar as rédeas de sua saúde”. “Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986), documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.”

A prevenção corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos). (BUSS, 2003). Frente ao exposto, podemos considerar ações preventivas às intervenções educativas direcionadas à população para evitar o surgimento de doenças, com a finalidade de reduzir sua incidência e prevalência na população, como por exemplo, prevenção da hipertensão, diabetes mellitus e obesidade. Tem como foco as doenças, sua prevenção e formas de tratamento.

Tendo como base esse conceito explicitado acima podemos considerar como promoção eficaz da saúde ações que provocam mudanças nas condutas do indivíduo, no seu estilo de vida, bem como, nas suas condições sociais, econômicas e ambientais, bem como na melhoria na prestação de serviços, dentre outros.

Promover tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar, Promoção de saúde. Define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar geral. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente dos problemas de saúde, demandando uma abordagem Inter- setorial.

Em nossa área de abrangência as doenças crônicas mais prevalentes da morbidade são: A Hipertensão arterial, Diabetes mellitus tipo II, Doenças cerebrovasculares.

Durante o trabalho feito pela equipe de saúde encontramos o estilo de vida das pessoas não era muito bom e condicionava as maiorias das problemáticas antes mencionadas, pelo que trabalhamos para modificar o estilo de vida, a qual tem repercussão orgânica causando um aumento da pressão arterial e a glicose nas pessoas com predisposição genética.

Nossa equipe de saúde buscou estratégias para modificar essa condição e assim diminuir a incidência e melhorar o controle destas patologias na população, realizamos ações de promoção e prevenção de saúde, interagimos com os membros da, NASF como nutricionista, psicólogo, e assim poder programar as ações de saúde de prevenção da Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus como as principais doenças crônicas da nossa população.

Como medidas de prevenção, educação e promoção de saúdes realizadas têm:

- Mudança de estilos de vida.
- Controle do peso: Manter o peso na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal o qual deve ser conseguido mediante dieta hipocalórica balanceada.
- Redução ou abandono da ingestão de álcool.
- Prática regular de exercícios físico e caminhadas cada dia.
- Alimentação saudável rica em vegetais e frutas.

- Dieta Hipossódica.
- Utilização de medicina natural e tradicional.
- Modificação de fatores de risco como: Tabagismo, Dislipidemias, Estresse.
- Cumprimento adequado da medicação para prevenir complicações.

Foram organizados em a Estratégia de Saúde os grupos de saúde, realizações de atividades físicas em o posto com participação de os funcionários de saúde e a comunidade, dirigido por uma educadora física, se realizam palestras sobre nutrição saudável dirigido pela nutricionista, além de reuniões a última semana de cada mês a terça feira com pacientes do programa de HIPERDIA e DIABETES.

Todas estas atividades tiveram muita aceitação por nossos pacientes os quais, forem capazes de promover mudanças na determinação social do processo saúde/doença.

#### **ATIVIDADE 4 VISITA DOMICILIAR.**

Na sociedade contemporânea, tem sido crescente a busca por estratégias que visem à redução de custos, refletindo o enfoque da política neoliberal de redução dos gastos estatais, até mesmo nas ações de saúde. (Lagrange. 2007) Nesse contexto, a assistência prestada por meio de a visita domiciliar (VD) constitui um instrumento 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.

A VD tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. (Mishima. 2004).

A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década. (Kirschbaum. 2008).

De acordo com a Portaria GM nº 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelecem diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

As visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias ser pautada nos critérios definidores de prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares. (Oliveira. 2007) Assim, deve-se considerar como critérios gerais:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc...).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgências
- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc...).

Para a execução da VD, o primeiro passo é definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos. (Ribeiro. 2008).

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiares com elaboração do Genograma ou Familiograma ou Ecomapa.
- 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.
- Propiciar ao indivíduo e à família, a participação ativa no processo saúde-doença.
- Adequar o atendimento às necessidades e expectativas do indivíduo e de seus familiares.
- Intervir precocemente na evolução para complicações e internações hospitalares.

- Estimular a independência e a autonomia do indivíduo e de sua família, incentivando práticas para o autocuidado.
- Aperfeiçoar recursos disponíveis, no que tange a saúde pública, promoção social e participação comunitária.

A equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Deve ser considerado o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as intervenções realizadas para análise das informações colhidas, com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática.

À equipe nuclear da ESF cabe à responsabilidade por todos os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação identificada no domicílio. Na avaliação, a equipe pode definir a necessidade de intervenção da equipe matricial presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência. A atenção integral ao indivíduo e/ou sua família deve ser garantida por essa equipe responsável pela articulação da referência e da contrarreferência. No contato com o indivíduo e sua família, a equipe deve identificar, ainda, a rede de cuidados disponível para se envolver direta ou indiretamente no apoio às situações de risco. (Brasília. 2001).

Minha equipe de saúde faz visita domiciliares todas as terças férias em horário de 08h00min-12h00min agendando previamente a visita.

Neste caso o paciente que vou tomar para fazer relatório do acompanhamento no posto é o senhor A. M. S com 78 anos de idade cadeirante ele tem diagnóstico de Hipertensão arterial e hemiplegia esquerda sequela de AVC faz um ano, Não trabalha, é pensionista do INSS. Possui 2 filhos adultos, um moram em casa.

Fomos recepcionados por C. B.S, dona da casa, quem nos abriu o portão e nos levou até seu esposo (paciente alvo). A casa tem boas condições estruturais, boa higiene, boa ventilação.



Ele se encontrava na cadeira de rodas, na sala, recebeu-nos com um sorriso no rosto.

Expectativas: O senhor tem consciência de seu estado, por ser um paciente esclarecido, mas não aceita não caminhar adequadamente como era antes, não poder ajudar em algumas tarefas da casa junto com sua esposa, portanto fica deprimido. Apesar de ficar triste conta com o apoio e carinho dos filhos e de sua esposa.

QUEIXAS DO MOMENTO: A esposa dele alega que tem desenvolvido uma lesão no pé esquerdo, com dor intenso, causado pela imobilidade do pé e roce com os lençóis,

EXAME FÍSICO: Pessoa aparentemente saudável, corado. Movimenta

Com destreza a hemicorpo direito e a cabeça.

Glicose capilar 89 mg/ml, PA 130/95 mmHg.

Pé esquerdo: região do calcâneo apresenta ulcera superficial de mais ou menos 2-3 cm sem sinais de sepse.

TRATAMENTO ATUAL: Faz uso de Hidroclorotiazida (25 mg) pela manhã, Losartana potássica 50mg de 12/12 horas, AAS 100mg, os medicamentos são administrados pela esposa em horário correto.

CUIDADOR: A esposa fica responsável de tudo, da sua higienização, e tem realizado muito esforço físico com ele, razão pela qual queixa-se de dor nas costas e nos ombros; seu filho trabalha e fica o dia todo fora de casa, mas ele ajuda quando pode.

ESTRUTURA FAMILIAR: Residem no domicílio.

Faz uso dos medicamentos acima citados fornecidos pela Neurologista e por sua médica de família, sendo que uma parte dos medicamentos ganha na unidade de saúde e outros na farmácia do estado.

Perguntada se há outras necessidades ela alegou necessitar dum cuidador, pra lê ajudar, e pra ela se ocupar de seus problemas de saúde também sofre de hipertensão arterial, o filho que mora com eles é responsável pela alimentação da família, e tem que manter seu trabalho.

**SITUAÇÃO DE SAÚDE E DE VIDA:** Pareceram- nos pessoas de poder aquisitivo razoáveis, observamos a existência de 1 carro na garagem, eles andam de carro quando precisam sair da residência. Recebem a visita da Agente Comunitária de Saúde, quem repõe os medicamentos.

**ALIMENTAÇÃO:** A esposa é a responsável pelo preparo do alimento da família, almoçam ao meio dia, e às 19h jantam.

Com relação ao horário de tomar medicamentos é perfeitamente compatível 8h e 20h.

**FERRAMENTAS SOCIAIS ENVOLVIDAS:** Não recebem ajuda do tipo religiosa ou política.

**DOMICÍLIO:** Casa de alvenaria, piso em cerâmica, contendo 3 quartos, sala, 2 banheiro social, cozinha e área de serviço. Quintal grande, o quarto é espaçoso, e ele utiliza o banheiro próximo a seu quarto, quem ajuda a deitar e ir ao banheiro é esposa. O estado de conservação dos ambientes é bom, devidamente limpo e o paciente faz uso de cadeira de roda.

**FONTES DE PRAZER DO PACIENTE:** Só tem como atividades diárias prazerosas em casa assistir televisão, ele fica deprimido pela impossibilidade de locomoção, a pesar de que normalmente ele fica cercado da família, que apoiam- ló muito, e recebe constantemente amigos.

**PROBLEMAS CRÔNICOS:** Hipertensão Arterial, Sequelas de AVC, Transtorno Depressivo.

**PROBLEMAS AGUDOS:** Ulcera pé esquerdo.

**METAS:** A enfermeira aproveita a visita e faz curativo da ulcera, damos orientações sobre os cuidados da pele para evitar lesões, curas diárias da ulcera, cumprir com tratamento médico para evitar descontrole da Hiperdia, ensinar ao paciente e à família exercícios que ajudem a sua melhoria na locomoção, falamos sobre a importância que ele se sente útil, recomendamos falar com ele sobre os projectos familiares, visitar amigos em tempos livres de seus filhos, Continuar com as visitas da Agente Comunitária de Saúde e a visita do médico mensalmente, Coordenar com assistência social para possível

ajuda com um cuidador. Inserir em nosso grupo de idosos pelo menos que assista a alguns encontros e assim melhorar sua socialização e trocas de experiências com outras pessoas com doenças semelhantes e a forma deles sair dos estados depressivos. Fazê-lo sentir amado e importante no contexto social.

Concluindo, eu posso afirmar que nossa conduta médica na UBS concorda com os aspectos revisados na bibliografia consultada.

## **ATIVIDADE 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.**

Ao longo de minha estância no Programa Mais Médico para o Brasil desde Julho de 2016 eu acho que este curso de especialização em Saúde da Família é uma importante ferramenta para melhorar nosso trabalho cotidiano.

O início não foi fácil, desacostumados a um curso a distancia através de internet, numa plataforma que requeria muita prática, e muitos outros inconvenientes foram obstáculos que pouco a pouco fomos vencendo, a prática do idioma através de linguagem oral e escrito contribuiu a um melhor entendimento do português, melhorando a compreensão nas consultas medicas com o paciente e vice-versa, aporto este curso as ferramentas necessárias na parte teórica para um melhor acompanhamento do paciente, estudos mais profundos sobre as doenças mais frequentes neste país.

O mais relevante foi em relação à mudança no aspecto profissional nas questões de organização de ações, com maior iniciativa e participação nas reuniões da equipe.

Outra mudança importante foi em relação às condutas no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade e Saúde Mental, melhoria em Atenção Pré-natal, Puericultura, Planejamento Familiar, Saúde Mental, Violência, doenças transmissível, entre outros programas.

O desenvolvimento de meu trabalho durante o tempo das aulas de especialização foi transformado em estreita relação com a reflexão dos casos clínicos empregados, enriquecendo nossa experiência sobre os modelos práticos usados, baseados no ensino polêmico.

Cada um dos casos clínicos estudados refletia em alguns momentos a nossa realidade vivenciada no dia a dia, as dificuldades, as fragilidades e deficiências de atendimento e de resolutividade de problemas. Achei muito às revisões de medicina baseada em evidencias, e emprego de algoritmos que dão maior agilidade nas consultas médicas, além dos artigos sobre psicoterapia incluídos.

Com este curso de Especialização em saúde da família tive a possibilidade de trocar conhecimentos com os participantes, pensamentos, ações que estava

desenvolvendo e os resultados que estavam sendo obtidos; também me ajudou no crescimento profissional.

Considero esta especialização em Saúde uma das ferramentas mais importantes para os médicos que fazemos saúde familiar e trabalhamos nas ESF.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

[-http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao\\_participativa/Efetividade-conceito.pdf](http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividade-conceito.pdf) UIPES/ORLA. CONCEITOS-CHAVE. Acessado em 07/11/17

- BUSS, P. M. - Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (org.) - Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ. 2003.

- Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde supl A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família  
[www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/12.pdf)

-Atenção domiciliar - UnA-SUS - UNIFESP  
[www.unasus.unifesp.br/.../1/.../Complexo\\_06\\_Margarida\\_Atencao.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/.../1/.../Complexo_06_Margarida_Atencao.pdf)

-Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família  
[www.scielosp.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf)

- Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72.

- Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80.

- Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em [26/04/2011](#).

- Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad de Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-12.

- Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. 2006; 15(2): 88-95.

- Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 43-6.

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

- Borba PC, Oliveira RS, Sampaio YPCC. O PSF na prática: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

**ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE.  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NIURKA MARÍA GUEVARA REYES**

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM  
CAMBOATÁ- PARAGOMINAS- PARÁ**

**PARAGOMINA-PA**

**2017**



**NIURKA MARÍA GUEVARA REYES**

**ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM  
CAMBOATÁ- PARAGOMINAS- PARÁ**

**Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização  
em Saúde da Família, modalidade semipresencial,  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de porto  
Alegre.**

**Orientador: Daniel Demétrio**

**PARAGOMINAS-PA**

**2017**

## RESUMO

A hipertensão arterial é considerada uma doença crônica não transmissível, é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se exteriorizam predominantemente por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. O objetivo do presente estudo é promover educação em saúde direcionada à prevenção da hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde Jardim Camboatá. Município Paragominas. Pará. Destacamos o hábito de fumar, consumo de álcool e a diminuição da prática de atividade física regular como principais fatores de riscos desencadeantes desta doença na comunidade. Constatando que a incidência aumenta progressivamente quando as ações de prevenção e promoção não são realizadas adequadamente, a atenção primária e a educação em saúde torna-se coparticipante na divulgação e orientação para a comunidade.

Palavras-chave: Prevenção. Hipertensão Arterial. Educação em saúde.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	5
PROBLEMA.....	8
JUSTIFICATIVA.....	9
OBJETIVOS.....	11
Objetivo Geral.....	11
Objetivos Específicos.....	11
REVISÃO DE LITERATURA .....	12
METODOLOGIA.....	14
CRONOGRAMA.....	16
RECURSOS NECESSÁRIOS.....	17
RESULTADOS ESPERADOS .....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial é considerada um grave problema de saúde por estar associada ao aparecimento de outras doenças crônico-degenerativas. Também é o principal fator de risco para as doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal, sendo a causa modificável mais importante para a morbidade e a mortalidade cardiovascular. (FUCHS, 2004).

É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. As literaturas relatam que, o acometimento isquêmico e as alterações glomerulares diretas tornam a hipertensão arterial uma das mais frequentes causas de insuficiência renal crônica. E ainda explicam que essa multiplicidade de consequência coloca a hipertensão arterial na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto a caracteriza como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos.

A doença é mais frequente à medida que envelhecemos também se manifesta mais tardiamente nas mulheres, após a menopausa devida à proteção conferida pelos hormônios femininos. Uma história familiar de doença coronária torna a pessoa mais predisposta (CABRAL, M, 2013).

No mundo, a hipertensão mata 9,4 milhões de pessoas por ano de doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio (OMS, 2013). Pelas declarações da Organização Mundial de Saúde em abril de 2013 estima-se que a hipertensão afeta hoje 1 em cada 3 pessoas no mundo, ou seja 2 bilhões de pessoas.

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença. (ALMEIDA, 2003).

Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. A Sociedade Brasileira de Hipertensão estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros (LIMA e COSTA, 2004).

No estado de Pará, estima-se que são encontrados cerca de 1/4 da população adulta de portadores de hipertensão arterial, a partir dos 40 anos de idade, e esse número é crescente, (BRASIL, 2010). As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) enfatizam que a prevalência de Hipertensão Arterial em nosso Estado e sua Capital, é de 32,7%. Segundo Sampaio (2013), a Sociedade brasileira hoje é bastante competitiva, estressada e obesa, já que não se alimenta de maneira adequada. Tudo isso está interligado ao número dos óbitos por doenças cardiovasculares.

O manejo da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base no nível primário de atendimento (ASSUNÇÃO, 2001). Para o controle da mesma são necessárias medidas que envolvam mudanças no estilo de vida do indivíduo (BRASIL, 2002; BARNETT, 1997).

As mudanças no estilo de vida, tanto individual quanto coletiva, são fundamentais para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as medidas pressóricas adequadas preconizadas pelo Ministério de Saúde. São recomendados: Alimentação adequada, Diminuição do consumo de sal, Controle do peso, Prática de atividade física, Diminuição do uso de tabaco e álcool (BRASIL, 2006).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério

da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade (GIORGI, 2010), as quais devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo assim, ser mantidas em longo prazo (DREISBACH, 2010).

Considerando estes aspectos, o objetivo do presente trabalho é implantar um Plano de Ação que visa oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global (BRASIL, 2002).

Dessa forma, espera-se que este trabalho venha a contribuir, através das ações de saúde, para a diminuição da incidência da Hipertensão Arterial, atuando sobre os fatores de risco, evitando assim, a morbidade e mortalidade por esta doença.

## **PROBLEMA**

No Brasil, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão, e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença. (ALMEIDA, 2013). Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão.

No estado de Pará, estima-se que são encontrados cerca de 1/4 da população adulta de portadores de hipertensão arterial, a partir dos 40 anos de idade, e esse número é crescente, (BRASIL, 2010). As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) enfatizam que a prevalência de Hipertensão Arterial em nosso Estado e sua Capital, é de 32,7%. Segundo Sampaio (2013), a Sociedade brasileira hoje é bastante competitiva, estressada e obesa, já que não se alimenta de maneira adequada. Tudo isso está interligado ao número dos óbitos por doenças cardiovasculares.

O ideal desejado: diminuir a incidência da hipertensão arterial, suas complicações e garantir diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

O real que existe: Alta incidência de Hipertensão Arterial com baixa pesquisa, diagnóstico tardio, pouca percepção do risco do paciente, pouca adesão ao tratamento e abandono, pouco conhecimento sobre a doença e agravos associados relacionados com a doença como: acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.

## JUSTIFICATIVA

As transformações sociais e econômicas, pelas quais o Brasil vem passando, têm causado mudanças relevantes no perfil da morbimortalidade da população. As doenças que antes eram as principais causas de morte cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis (D C N T s), e diante delas, a hipertensão arterial, que atualmente é a doença mais frequente na humanidade, que atinge cerca de 1/4 da população adulta, com alta prevalência e baixas taxas de controle (BRASIL, 2010).

A Hipertensão Arterial é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115/75 mmHg, de forma linear, contínua e independente. Cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos de idade (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). É as responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados, que incluem desde a perda de capacidade produtiva dos trabalhadores, o absenteísmo, os tratamentos clínicos e cirúrgicos, a reabilitação, até aposentadoria precoce.

Dessa forma, as doenças crônicas não transmissíveis, constituem um enorme desafio para as políticas de saúde dos países em desenvolvimento, agravado pelas desigualdades sociais e econômicas. Razão pela qual, destacamos a importância de ações de saúde no controle da doença, com a finalidade de alcançar mudanças no modo e estilo de vida dos indivíduos, como alimentação saudável, redução do peso corporal, restrição alcoólica, abandono do tabagismo e prática regular de atividade física, favorecendo a redução dos valores de pressão arterial, através da prevenção e diminuição do risco cardiovascular, que ele pode causar.

Em função da sua alta morbidade e mortalidade considere-se relevante à realização de um estudo de intervenção na população atendida pela equipe de saúde da família Jardim Camboatá no município de Paragominas. Pará em busca de não somente contribuir em sua relevância social, mas também



através das ações de saúde a melhorar a qualidade de vida da população atuando sobre os fatores de risco coronários e reduzir a morbidade e mortalidade por esta doença e garantir diagnóstico, preços e tratamento oportuno da mesma.

## **OBJETIVOS**

### **Geral**

Promover educação em saúde, direcionada a diminuir a incidência da Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde Jardim Camboatá município de Paragominas - PA.

### **Específicos**

- Capacitar profissionais da equipe de Saúde da Família, educadores, assistentes sociais e educadores físicos para reconhecer a Hipertensão Arterial como uma doença que afeta significativamente a população.
- Promover campanhas que incentivem o abandono do hábito de fumar e a diminuição do consumo de álcool.
- Promover ações recreativas que incentivem o hábito de praticar atividade física regularmente.

## REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial é considerada um grave problema de saúde e por estar associada ao aparecimento de outras doenças crônico-degenerativas traz várias repercussões negativas à qualidade de vida dos indivíduos. Dentre os agravos, salientam-se as doenças cardiovasculares e cerebrais como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), considerado uma das principais causas de morte originária da hipertensão arterial não controlada (BRASIL, 2001; SARAIVA, 2009).

Estima-se que na realidade brasileira são encontrados cerca de 1/4 da população adulta de portadores de hipertensão arterial, a partir dos 40 anos de idade, e esse número é crescente, sendo que o seu aparecimento está cada vez mais precoce (BRASIL, 2010). As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) enfatizam que a prevalência de hipertensão arterial está entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%).

A hipertensão arterial se destaca por ter uma história natural prolongada, com multiplicidade de complexos fatores de risco, interação de causas etiológicas e biológicas, conhecidas e desconhecidas, marcada por longo período de latência.

De acordo com LOM (2006), o controle e o diagnóstico da hipertensão arterial tem sido atribuição da atenção primária da saúde e tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial, além de ser uma ação estratégica de atuação. A Política Nacional de Promoção de Saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool (BRASIL, 2011). Quanto ao sucesso da política antitabaco, destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros e as advertências sobre o risco de problemas nas embalagens do produto (BRASIL, 2011).

Frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial, a partir da Atenção básica em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientada para a cura de doenças. Assim sendo, o Programa de estratégia da família pretende promover

a saúde, através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente (BRASIL, 2010).

A dinâmica proposta pelo programa de estratégia da família centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos hipertensos (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial fornece um excelente campo de atuação para o trabalho de uma equipe multiprofissional, por ser uma doença multifatorial que envolve orientações voltadas para vários objetivos e tem seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde (BOULWARE, 2001).

A aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo.

A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade (GIORGI, 2010), as quais devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo assim, ser mantidas em longo prazo (DREISBACH, 2010).

O trabalho da equipe contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global (BRASIL, 2002).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma proposta de intervenção intersetorial e multiprofissional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde Jardim Camboatá município de Paragominas. Pará. Em período de março-descimbre de 2017. Nossa equipe trabalha com grupos populacionais específicos e apesar de possuir uma agenda de palestras e outras atividades, os profissionais estão tendo dificuldades com o controle da Hipertensão Arterial e cumprimento das orientações de saúde por parte dos usuários.

Visto que em minha equipe tem uma população total de 7.769, sendo 701 pacientes com Hipertensão Arteriais já diagnosticados e riscos cardiovasculares associados. Sendo o grupo de idade mais afetado maiores de 40 anos de ambos os sexos e que a maior dificuldade é a adesão dos pacientes aos programas oferecidos, ao acompanhamento e principalmente a mudanças do estilo de vida, a equipe decidiu aumentar as ações de promoção da saúde e prevenção de risco cardiovascular neste grupo de pacientes para a melhoria na qualidade de vida e diminuir as complicações para com esta doença.

Serão desenvolvidas atividades educativas e assistenciais, a fim de alcançar os objetivos propostos:

### **Atividade 1**

Capacitação dos profissionais da equipe de saúde, educação, assistência social e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para reconhecer a Hipertensão Arterial como uma doença que afeta significativamente a população, sendo multiplicadores na prevenção, que serão realizadas em nossa Unidade Básica de Saúde.

Responsável: Médica e Enfermeira.

Prazo: 1 mês

## **Atividade 2**

Campanha de combate ao tabagismo e alcoolismo com distribuição de panfletos educativos e palestras, que serão realizadas nas Escolas da comunidade e na Unidade Básica de Saúde.

Responsável: Médica, Enfermeira e Psicóloga.

Prazo: 6 meses.

## **Atividade 3**

Organização de atividades recreativas que incentivem o hábito de praticar exercício físico regularmente, que serão realizadas nas Escolas da comunidade e Academia da saúde.

Responsável: Médica, Enfermeira, Educadora Física e Assistente Social.

Prazo: 7 meses.

A cada quatro meses será elaborado relatório de monitoramento da implementação do Plano, e ao final de um ano será elaborado relatório final de avaliação, que será apresentado à equipe executora e instituição parceira, a fim de decidir pela continuidade da implementação e possíveis redirecionamentos.



**RECURSOS** necessários para execução da intervenção educativa.

<b>Atividade</b>	<b>Recursos humanos</b>	<b>Material permanente</b>	<b>Material de consumo</b>	<b>Fontes de financiamento</b>
Ação 1: Apresentação do projeto de intervenção aos membros da equipe de saúde	Médico	Computador, salão da reunião.	Cópias do cronograma de atividades do grupo	Pessoal
Ação 2: Capacitação dos membros da equipe de saúde	Médico	Computador, banners, figuras, materiais de enfermagem para demonstração.	Folhas, canetas	Pessoal
Ação 3: Divulgação da intervenção e coleta da informação De total de pacientes Hipertensos em minha unidade de saúde e seus fatores de risco.	Médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde.	Computador, salão da reunião	Folhetos informativos	Pessoal
Ação 4: Realização da atividade educativa sobre Campanha de combate ao tabagismo e alcoolismo	Médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde.	Computador, banners, figuras, Salão de reunião	Folhas, Canetas, Folhetos informativos	Pessoal
Ação 5: Organização de atividades recreativas que incentivem o hábito de praticar exercício físico	Médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde e educadoras físicas.	Computador, Salão de reunião	Folhetos informativos, Canetas, Folhas,	Pessoal



**Nota:** Os custos de materiais suportados pelo autor da pesquisa.

Recursos materiais e de infraestrutura disponível pelas instituições para programar o projeto:

Não são necessários materiais nem mudanças na infraestrutura da instituição para a realização do projeto. A instituição tem os recursos necessários para a sua implementação.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Com a execução deste Plano de Ação, espera-se consolidar o serviço de atendimento ao paciente com Hipertensão Arterial na Unidade Básica de Saúde Jardim Camboatá, do Município de Paragominas, PA. Proporcionando maior espaço de atuação e orientação da equipe de Saúde da Família dentro da comunidade, fornecendo um efetivo atendimento dos pacientes e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e conseqüente redução nos indicadores de Hipertensão Arterial, garantindo assim maior adesão dos pacientes aos programas oferecidos, mudanças no estilo de vida com redução das complicações e morbimortalidade por esta doença.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F F, et al. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. Arquivo Brasileiro de Cardiologia 2003. 80(1): 41-60.

ANUARIO ESTADÍSTICO DO CEARÁ. 2013. Disponível em: [www.ipece.ce.gov.br/](http://www.ipece.ce.gov.br/) Acesso em 14/01/2015.

ASSUNÇÃO, M C F, et al. Atenção primária em diabetes e hipertensão no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 2001, v. 35, n. 1, p. 88 – 95.

BARNETT, A H; DODSON, M. Hypertension nd diabetes. Science Press, London, 1997. p. 518-520.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus: Protocolo. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília, DF.2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência de saúde comunitária. A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de Atenção primária à saúde. Porto Alegre, 2011.

BOULWARE, E, et al. An Evidence. Interventions for Hypertension. American Journal of Preventive Medicine, New York, v. 21, n. 3, 2001. p. 221-232. Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11567845>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

BUSS, P M; PELLEGRINI, F A. Determinantes Sociais de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n. 9, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000900001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000900001&script=sci_arttext)>. Acesso em 15 jan. 2015.

CABRAL, M. Cardiologia da mulher. Revista Brasileira de Cardiologia-SOCERJ, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.18- 19 ,2013.

DIAZ, M. Como começar tratamento no paciente hipertenso? Revista Argentina de Cardiologia, Buenos Aires, v.74, n.3, p.191-193, 2010.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiologia. São Paulo, 2010.

FUCHS, F D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAL, B.B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E R J, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.p.641-56.

GIORGI, D M A. Estratégias especiais para melhoria da adesão/equipes multiprofissionais e o papel da pré e dos pós consulta. In: NOBRE, J. R. D, 2010.

JOSE, F G. Programa de atualização contínua para cardiologia. Revista Espanhola de Cardiologia. Espanha. 8p. 2010.

LIMA e COSTA M.F.F, et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9(1): 23-41.

LOM, F H, et al. Educação em saúde: Uma nova ótica para um problema. Revista educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial. Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 233-248, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preâmbulo a constituição da organização mundial da saúde, como adotada pela conferência internacional de saúde. Genebra, 2013.

SARAIVA, K R O, et al. O Processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v.16, n.1, 2009.p. 63-70.

SAMPAIO, Marcelo. Doenças isquêmicas do coração são as que mais matam 2013.