UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DR. REGIS REYES LOPEZ

TITULO: DIABETES, HIPERTENSÃO, DISLIPIDEMIA: CASO CLÍNICO. ATENDIMENTO PRÉ-NATAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE. PROJETO DE INTERVENÇÃO. VERMINOSES, SUA RELAÇÃO COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA – VILA DO JAPIM, VISEU, PARÁ.

BELÉM-PA
2018

DR. REGIS REYES LOPEZ

TITULO: DIABETES, HIPERTENSÃO, DISLIPIDEMIA: CASO CLÍNICO. ATENDIMENTO PRÉ-NATAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE. PROJETO DE INTERVENÇÃO. VERMINOSES, SUA RELAÇÃO COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA – VILA DO JAPIM, VISEU, PARÁ.

Portfolio apresentado no Curso de Especialização em Saúde da Família. Programa Mais Médicos para o Brasil.

Orientador: Dr: João Cavalcante Filho

BELÉM- PA
2018

SUMÁRIO

1 ATIVIDADE UM DO PORTFOLIO: INTRODUÇÃO.....4

2 ATIVIDADE DOIS DO PORTFOLIO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO 6

3 ATIVIDADE TRÊS DO PORTFOLIO: PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. ATENÇÃO PRÉ-NATAL.....11

4 ATIVIDADE QUATRO DO PORTFOLIO: VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....14

5 ATIVIDADE CINCO DO PORTFOLIO: REFLEXÃO CONCLUSIVA.....17

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....19

7 ANEXO 1 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO.....20

1 ATIVIDADE UM DO PORTFOLIO: INTRODUÇÃO

Meu nome é Regis Reyes Lopez, formado como médico geral em 2008 na Faculdade de Medicina da Província de Santiago da Cuba, Cuba, como médico especialista em Medicina Geral Integral no ano 2014, após três anos de residência, na Bolivariana de Venezuela desde 2011.

Trabalhei em comunidades rurais e urbanas da província e também em outro país como na Venezuela de 2011-2014. Atualmente integro o Projeto Mais Médicos para o Brasil, desempenho atividade como Médico da Família e a Comunidade na Unidade de Saúde da Família-USF Vila do Japim do Município Viseu, Estado do Pará, desde o mês de agosto de 2016.

A unidade estar composta por uma sala do médico, uma sala de odontologia, uma sala de enfermagem e para coleta de PCCU, sala de vacinas, sala de curativos, sala de observação e triagem, a copa, armazém e a farmácia. A equipe de trabalho estar formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um administrativo e nove agentes de saúde. Presta-se assistência à população da Vila do Japim e outras seis comunidades da localidade. Encontra-se três igrejas, três escolas de ensino fundamental e uma de ensino médio, um CRÁS os quais servem de apoio para orientar palestras sobre temas de interesse para esses grupos específicos e outros que repercutem na vida de toda população, com objetivo de divulgar questões de promoção e educação para a saúde tão necessária.

Na UBS onde atuo, a população total é de 2.635 pessoas, com um envelhecimento populacional o que podemos observar na pirâmide de idades (Graf. 2), na faixa etária menor de cinco anos foram 309 pessoas, são frequentes as morbidades ligadas ao parasitismo intestinal, doenças infeciosas da pele (Escabiose, Piodermite, Larva Migrans Cutânea), ocupam um lugar importante de acordo com a época do ano.

As Doenças Respiratórias Agudas IRAS (infecções respiratórias), mas as parasitoses intestinal, que não só afetava as crianças também era frequente em adultos e jovens, doença já com pouca frequência em muitos lugares do mundo e do Brasil, de cada dez casos visto na consulta três chegam com sintomas como cólicas, anemia, palidez, manchas na pele e confirma-se com resultados de exames de fezes frescas, o qual demonstra um alto incidência e prevalência da doença na região, devido em grande parte à contaminação ambiental por falta de serviço de esgotos, não dispõe-se da coleta do lixo e rede de distribuição de água em mau estado sem

serviço de coloração onde dispõe- se. A verminose um dos problemas da área de grande preocupação, por a equipe de saúde da família, ainda que não levasse à morte, mas que vem afetando a qualidade de vida da população. Por isso consideramos um trabalho de intervenção de fundamental importância, pois vem garantir uma prevenção e cura desse problema que afeta a polução assim como a educação em saúde que servira como meios eficazes para se ter uma vida saudável.

Tabela1

Distribuição da população por faixa etária

Obs. Dados estatísticos extraídos dos cadastros dos ACS. UBS Vila do Japim. Viseu. Pará. 2017

Idade (Anos)	Mulher	Mulher %	Homem	Homem%	Total
-1	17	1,277235	14	1,07362	31
1	24	1,803156	27	2,070552	51
2	25	1,878287	23	1,763804	48
3	34	2,55447	41	3,144172	75
4	46	3,456048	58	4,447853	104
5 a 9	117	8,790383	110	8,435583	227
10 a 11	107	8,039068	90	6,90184	197
12 a 14	89	6,686702	97	7,43865	186
14 a 19	121	9,090909	143	10,96626	264
20 a 29	199	14,95116	190	14,57055	389
30 a 39	201	15,10143	207	15,87423	408
40 a 49	141	10,59354	128	9,815951	269
50 a 59	98	7,362885	90	6,90184	188
60 a 80	97	7,287754	75	5,751534	172
mais 80	15	1,126972	11	0,843558	26
Total	1331	50,51233	1304	49,48767	2635

Na faixa etária entre 20 e mais anos é de 1.452 pessoas como pode se observar na tabela1. Além das patologias do aparelho ósseo articular (Hérnia de Disco Vertebral, Artrite dos Joelhos, bursite, dorsalgias em geral) frequentes nestas idades, encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) sendo as de maior mobilidade. Por essa razão nosso trabalho educativo busca a população adulta é preferentemente para os pacientes do programa hiperdia, na qual buscamos o controle dos fatores de risco, associado a medidas preventivas e da promoção da saúde, é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas destas enfermidades, resultando em melhor qualidade de

vida dos indivíduos. Da mesma forma, o controle delas resulta na redução de danos aos órgãos-alvo. Para o controle desta patologia, são necessárias medidas que envolvam mudanças no estilo de vida do indivíduo. O manejo da hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, por isso o objetivo principal da nossa equipe é trabalhar nessas mudanças com nossa população.

2 ATIVIDADE DOIS DO PORTFOLIO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Subjetivo: MSCS (para preservar sua privacidade se utilizarão só iniciais dos nomes dos pacientes), de 62 anos de idade, diabética e hipertensa, queixa tonturas e dor de cabeça frequente, de localização frontal e moderada intensidade, visão “fraca”, dificuldade para enxergar. Com lesão ulcerada no pé direito, e que não melhora ainda fazendo tratamento com “remédios caseiros”, além disso, sente dormência e câimbras nos pés. Urina várias vezes ao dia e sente ardor, toma muita água, tem sede constante.

Realiza tratamento com Metformina (500 mg) no café da manhã e no jantar, Glibenclamida (5mg) 01 no café, almoço e no jantar. Losartana (50mg) de 12 em 12 horas.

Antecedentes pessoais: Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial.

Antecedentes familiares: Mãe: Morta IAM (Diabetes melitus), Pai: Vivo (Hipertensão Arterial sistêmica).

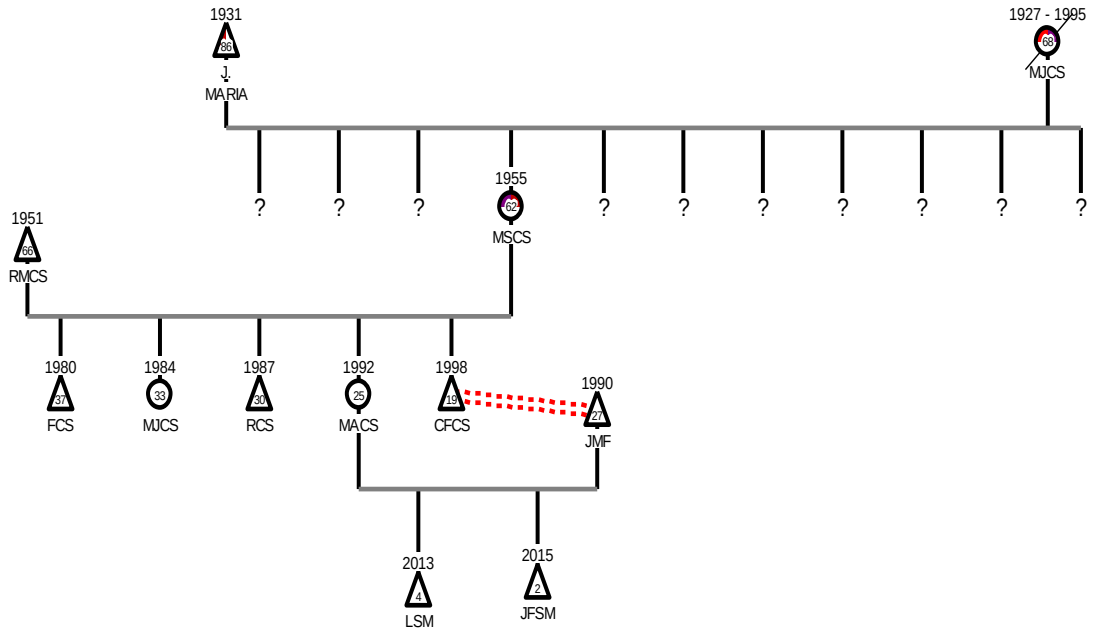
Vacinação atualizada.

Moradia: A casa com quatro quartos, boas condições estruturais, de tijolo, telhas e piso de lajota, quintal grande e limpo.

Historia psicossocial: Nascida em 04/5/1954 numa família de lavradores, com sustento da roça, é alfabetizada. Agora vive da aposentadoria devido a sua incapacidade para trabalhar. É a quarta do total de 11 irmãos. A mãe, MJCS era diabética, morreu de infarto cardíaco á idade de 68 anos em 1995, gostava de fumar tabaco; o pai MJ, de 86 anos, tem acompanhamento por hipertensão arterial sistêmica, gosta de tomar cachaça no fim de semana. A paciente é casada com o Senhor RMCS, de 65 anos teve cinco filhos, três filhos homens, FCS de 37, RCS de 30 e CFCS de 19 anos respectivamente, e duas filhas, MJCS de 33 e MACS de 25 anos, todos com o ensino fundamental. Convive com ela o esposo, a filha de 25

anos e o marido dela, JMF de 27 anos, com seus dois filhos, LSM de quatro anos e JFSM de dois anos; e o filho de 19 anos que é solteiro. Os outros filhos não moram mais na casa.

Genograma (http://www.genopro.com):



Objetivo: Exame físico: (PA: 170/107 mmhg. Peso: 90 kg; altura 1,62 metros). IMC: 34.2. Circunferência abdominal: 121 cm. Glicemia capilar no jejum 230 mg/dl. Olhos: Diminuição da visão, com opacidade do cristalino. Pulsos pediosos muito fracos. Pé direito Lesão ulcerada de 2 x 1 centímetro com bordes grossos, base avermelhada e fundo com tecido branco-amarelado. Atrofia dos músculos dos dedos dos pés. Diminuição da sensibilidade tátil e dolorosa.

Avaliação (Registro Orientado por Problemas)

1- Diabetes melitus Tipo 2 descontrolada.
2- Hipertensão Arterial Sistêmica estagio 2 descontrolada.
3- Insuficiência arterial.
4- Neuropatia diabética.
5- Ulcera no pê direito.
6- Catarata bilateral.
7- Tabagismo.
8- Obesidade G- I.

Plano Terapêutico: Modificação do tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus.

1. Losartana 01 comprimido de 12/12 horas. (8)
2. Anlodipino (10 mg) 01 comprimido ao dia. (8)
3. Metformina (850mg) 01 comprimido junto com o café de manha, almoço e no jantar. (4,5)
4. Glibenclamida (5mg) 01 comprimido antes do café da manha, almoço e do jantar. (4,5)
5. Cefalexina 500 mg. 01 caps. Cada 6 horas (10 dias) (3).
6. Curativo diário no posto da lesão ulcerada do pé com Iodo povidona, Cloreto de sódio 0,9 % e Furacin (Nitrofurazona). (3)
7. Mudanças alimentares. (2,3,10)
8. Começar diminuir o consumo de cigarros ate eliminá-lo totalmente.

Plano diagnóstico: Orienta-se para realização de exames complementares: Hemograma completo, glicemia, hemoglobinaglicada, creatinina, colesterol total, LDL e HDL colesterol, triglicerídeos, acido úrico, transaminasa glutâmica pirúvica (TGP), transaminasa glutâmico oxalacética (TGO), exame das fezes, eletrocardiograma, ultrassom abdominal, Rx de tórax.

Plano Educativo: Orientar em quanto à importância da adesão ao tratamento em geral, realização de exames complementares e comparecer as consultas programadas. 2,3

Acompanhamento: Agendar consulta para atendimento programado-continuado em 15 dias e encaminhamento para Oftalmologista e Angiologista. 1,4

SEGUNDA CONSULTA

Subjetivo: Diz que tomou as medicações segundo foi indicada, melhorou a dor de cabeça, já não tem ardor na urina, resto igual, trouxe resultados dos exames. Exames Complementares: Hemoglobina 13,7 g/% Leucos: 5,400/mm, Diferencial: Segmentados. 64%, Linfócitos. 25%, Eosinófilos. 9%, Monócitos. 02%. Colesterol total **9** 248 mg/dl; HDL colesterol 38mg/dl, LDL Colesterol 147 mg/dl Triglicerídeos: 246 mg/dl. Glicose de jejum: 158 mg/dl. Hemoglobina Glicada 6,7%. Glicemia media estimada 156 mg/dl. TGP 29 UI/L, TGO 27 UI/L, Creatinina 0,90 mg/dl. Urina. Ligeiramente turvo, amarelo citrino, Densidade 1.019, ph 6.0, Glicose ++, Proteínas

negativo, Leucos negativo, hemácias negativo, bactérias negativo, piocitos 10 p/c. Leveduras raras.Fezes: Ovos de ancilostomideos. Eletrocardiograma. Ritmo sinusal, frequência cardíaca 80 BPM, bloqueio incompleto do ramo esquerdo, e hipertrofia ventricular. Não alterações do ST-T. Ultrassom abdominal: Esteatose hepática leve. Rx de tórax (PA): Sem alterações.

Objetivo: Exame físico: PA: 130/80 mmhg. (Peso: 90 kg; altura 1,62 metros). IMC: 34.2. Circunferência abdominal: 121 cm. Lesão ulcerada do pé com fundo limpo.

Avaliação diagnostica:

1. Síndrome metabólica.
2. Hipertensão Arterial Sistêmica compensada.
3. Diabetes melitus Tipo 2 descompensada.
4. Obesidade.
5. Dislipidemia.
6. Insuficiência arterial.
7. Tabaquismo.
8. Ulcera no pé esquerdo.
9. Infecção urinaria.
10. Parasitismo Intestinal.
11. Esteatose hepática.

Plano terapêutico:

1. Losartana 50 mg tomar 01 comprimido de 12/12 horas. (8)
2. Anlodipino (10 mg) tomar 01 comprimido ao dia. (8)
3. Metformina (850mg) tomar 01 comprimido junto com o café de manha, almoço e no jantar. (4,5)
4. Acido acetil salicílico (AAS) (100mg) tomar 01 comprimido no almoço. (4,5)
5. Sinvastatina (40mg) tomar 01 comprimido as 21:00 horas por 3 meses. (5,8)
6. Ciprofloxacino (500 mg) tomar 01 comprimidos de 12 em 12 horas durante 10 dias. (5)
7. Albendazol (400 mg) tomar 01 comprimido dose diária por três dias.
8. Continuar o curativo local da lesão.

9. Seguimiento: Consulta mensual.
10. Alimentação hipocalórica, com baixo teor de gorduras. Insistir em não usar manteiga, alimentos fritos, embutidos, ou com açúcar refinado, e incrementar frutas verdura e ingestão de água. Escolher gorduras não saturadas. Conseguir baixar o 5- 10% do peso atual (4,8 – 9,6 kg). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)
11. Realizar exercícios de resistência muscular como mínimo 3 vezes na semana. Uma vez que cicatrizes o ferimento do pé, caminhada por 30 minutos e alongamentos três vezes na semana. (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Plano educativo: Informa-lhe sobre as consequências negativas para á saúde pessoal e dos conviventes pelo uso de cigarros, assim como a repercussão econômica como parte do estimulo para deixar o consumo de cigarros. Em cada consulta e Visita Domiciliar se deverá aportar educação sanitária, amplia e profunda já que a falta de conhecimentos e de um estilo de vida saudável conspiram contra a recuperação de melhor estado de saúde. Esta educação deve ter em conta como lidar com o fumo, mudanças alimentares, adesão ao tratamento, a melhor comunicação para o funcionamento da família. Participação da família junto com o paciente nas atividades dos círculos de diabéticos, e outras dirigidas para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e que compartilham interesses comuns (Grupos de auto cuidado). Manter uma vida plena, o mais saudável possível, e que inclua atividades de lazer.

Acompanhamento: Agendar consultas e visita domiciliar cada mês. Deve-se marcar retorno para avaliar os exames que se precisam repetir e ter em conta para ajuste do tratamento.

Controles de três em três meses como mínimo para avaliar Hemoglobina glicada e uma vez atingido o controle realizar cada seis meses, a Glicose de jejum mensal, Colesterol Total, HDL e LDL, Triglicerídeos, Creatina, Acido úrico, Ureia; EAS de Urina e Fezes anual.

TERCEIRA CONSULTA

Subjetivo: Não tem sintomas urinários, sente-se bem. Glicemia 99mg/dl. Colesterol total 185 mg/dl. LDL Colesterol 141 mg/dl, Triglicerídeos 148.0 mg/dl.

Objetivo: Exame físico: Lesão do pé em fase de cicatrização. O peso corporal da paciente diminui (94,700 kg). Lesão do pê em fase de cicatrização. O peso corporal da paciente com queda de 2 kg.

Plano terapêutico: Orienta-se continuar com igual tratamento em geral. Recomendou-se começar com caminhadas diárias, observando o uso de sapato confortável e o cuidado dos pés.

3 ATIVIDADE TRÊS DO PORTFOLIO: PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. ATENÇÃO PRÉ-NATAL

O atendimento pré-natal não começa na consulta de cadastro da grávida, deve-se começar nas consultas de avaliação pré-concepcional na qual o casal assiste antes de uma gravidez, com o objetivo de identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação, assim tratar doenças, eliminar riscos e orientar qual é o momento ideal para se engravidar e o que fazer para eliminar cada risco, enviar a vacina a futura mãe para engravidar em ótimas condições físicas e psicossocial, o que não sempre se consegue. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. (CAIAFA J ET AL).

Trabalha-se em equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS), ação muito importante para a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade para o pronto início do acompanhamento pré-natal, sendo ideal no primeiro trimestre da gravidez, isso habitualmente acontece nas visitas nos domicílios pelos agentes comunitários de saúde (ACS); o que garante intervenções oportunas na prevenção ou tratamento de doenças quando necessário; pelas que são encaminhadas a consulta medica ou de enfermagem para a realização do teste de gravidez (beta HCG) e confirmar a gravidez.

Na primeira consulta é feito o cadastro da grávida na unidade de saúde da família no Sisprenatal e preenchimento do cartão de grávida, uma vez confirmada a gravidez pela positividade do teste de gravidez; realiza-se uma fala ampla com a gestante e os familiares em caso estar presentes, procurando pelos antecedentes obstétricos, a data de última menstruação, antecedentes patológicos pessoais e familiar, sinais e sintomas atuais, é feito exame físico geral e por sistemas onde inclui medidas antropométricas para a avaliação do estado nutricional; identificando alterações que orientem ao diagnostico precoce de patologias e facilitem a tomada

de conduta, incluído a verificação da situação vacinal. Finalmente classificamos a gravidez de baixo risco ou de alto risco, o qual decide a conduta futura.

Nesta primeira consulta é encaminhada para:

- Tomar vacinas para a prevenção de doenças no recém-nascido (tétano neonatal, Hepatites B, entre outras) no caso se necessário. 1,2
- A atenção odontológica para evitar focos sépticos causadores de infecção na grávida ou recém-nascido. 1,2
- O uso de roupas folgadas, sapatos baixos e confortáveis.
- Ingestão abundantes de líquidos para evitar infecção urinária que vem sendo causa de aborto e baixo peso ao nascer e é frequente na gravidez devido a diminuição da imunidade. 1,2
- Fazer 5 refeições ao dia, com alimentos saudáveis (proteínas, frutas e vegetais, predominantemente), para evitar uma hipoglicemia e garantir uma nutrição adequada. 1,2
- Fazer os exames para detecção precoce de doenças como: Toxoplasmose, Diabetes mellitus (glicemia em jejum), Hepatites B e C, anemia e tipo (dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht), eletroforese de hemoglobina), proteinúria (teste rápido), infecção urinaria (exame sumário de urina ou urocultura com antibiograma), infecção por HIV (teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV), sífilis (VDRL/RPR), possibilidade futura de conflito de grupo e RHao nascimento do feto (grupo sanguíneo e fator Rh) e outros, exame parasitológico de fezes, colpocitologiaoncótica, bacterioscopia do conteúdo vaginal; muitas destas causadoras de aborto ou parto prematuro, outras são transmitidas da mãe ao feto. 1,2
- Ingestão de sulfato ferroso e acido fólico preventivamente. 1,2

Solicitou-se a colaboração da família, em visita domiciliar, para eliminar o excesso de capim perto da casa e diminuir a infestação por mosquitos e outros insetos, disponibilizar mosquiteiros e repelentes adequados para evitar doenças como a Zika, causa de microcefalia nos recém-nascidos. .

Numa segunda consulta faz-se uma segunda avaliação do risco ao observar os resultados dos exames, o que acontece em cada consulta. No caso de ser de alto risco é encaminhada para acompanhamento por obstetrícia, caso de uma

emergência ou urgência é encaminhada de imediato. Nos casos de baixo risco o seguimento é nosso, não tem sido demostrado diferencia entre as pacientes acompanhadas por médicos gerais e obstetras nos casos de um risco baixo. (CAIAFA J ET AL).

Trabalha-se em equipe com os Agentes Comunitários de Saúde para ajudar na orientação da grávida e a família para evitar o parto acontecer no domicilio, pratica ainda frequente nesta região, garantir a assistência nas consultas pré-natais e na primeira semana após do parto para a realização do teste de pezinho e iniciar esquema vacinal, junto á puericultura da criança verificando o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida após do nascimento da criança e misto até os dois anos. É frequente encontrar grávidas, sobre tudo adolescentes com poucos conhecimentos em relação à saúde em geral, atenção pré-natal em particular, sendo necessário apoiarmos, na palestra coletiva, no dia destinado para consultas de pré-natal, tanto do médico como do enfermeiro e na visita domiciliar. Aconteceu uma situação particular de uma adolescente de 13 anos de idade, dependente da ajuda da família que já é numerosa e mora num povoado afastado do posto. Comparece procurando encaminhamento para o “especialista” porque na sua família, têm um tio que morreu por uma anemia falciforme, e trousse os resultados dos exames indicados no cadastro da gravidez, mas como no interrogatório inicial no cadastro ela manifestou o antecedente de anemia falciforme na família, foi indicado ao parceiro uma eletroforese de hemoglobina também, na avaliação dos resultados o casal Hb AA e ela Hb AS.

Então foi oferecida orientação genética onde explicamos para ela e os familiares presentes preocupados, no caso dela geneticamente como o casal foi de Hemoglobina AA só tinham 25% de probabilidade de ser como ela com traço falciformes 75% de ser normal e em qualquer dos casos não teria porque se preocupar, pois não tem diferença nenhuma clinicamente, caso fosse Hb AA ou AS, do ponto de vista hematológico, as contagens globais e a morfologia do eritrócito são normais. Também a sobrevida da hemácia é normal. Portanto os indivíduos não apresentam anemia ou hemólise. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além disso, explica-se a importância do teste de pezinho na criança para conhecer o tipo de hemoglobina entre outras doenças que são investigadas nele. Apresentar traço falciforme só é importante na hora de eleger casal, porque deviam assistir a uma consulta de risco pre-concepcional, onde fosse orientado

adequadamente neste caso, para evitar ter filhos com a doença. (MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS, 2012)

Nos casos de grávidas que são encaminhadas por alto risco, realiza-se acompanhamento paralelo, com vistas da equipe em domicilio, e poder orientar na família e verificar que assista com a obstetra.

Em cada consulta se explora não só a parte física também explorou a parte psicológica e social, nos casos das adolescentes junto com a equipe de apoio do CRAS, orientamos a continuar estudando, solicitando o apoio total da família, para um bom desenvolvimento da gravidez e da criança como produto final, enfatizando, no controle pré-concepcional após do parto.

É revisado o exame obstétrico, esquema vacinal, estado nutricional, assim como os resultados dos exames, correspondentes a cada data na evolução da gravidez.

Os grupos de grávidas, consultas, visitas domiciliar são aproveitados para orientar as técnicas de amamentação, e sua importância, mostrando as vantagens para ela e para a criança, porque é importante seja exclusiva até o sexto mês de vida da criança; nas últimas consultas, além disso, é orientada para o momento do parto, e o que fazer nesse caso, fala-se sobre os cuidados do filho nos primeiros dias de vida o que pode fazer, se acontecesse demora na chegada do leite nas primeiras 24h de parida, tudo para garantir o bem-estar da mãe e o filho.

4 ATIVIDADE QUATRO DO PORTFOLIO: VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) pra melhorar a assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como um instrumento dos profissionais para sua inserção e melhor conhecimento do modo de vida da população, estabelecendo vínculos com a mesma; tendo assim uma ideia da realidade das necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias.

Segundo a OMS saúde é um estado de equilíbrio biológico, mental e social, mediante da visita domiciliar que o Professional da saúde pode avaliar a família. Para família alcançar o equilíbrio desejado se devem identificar os fatores de risco os quais podem ser individuais e coletivos, como estrutura e dinâmica familiar,

moradia, condições ambientais, higiênicas e sanitárias, que podendo influir negativamente na saúde do paciente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

No exercício da ESF assistência domiciliar a saúde tem sido integrada para melhorar a forma de acesso da atuação profissional em saúde a comunidade e ao domicílio, ambiente de vida dos pacientes e familiares. Observou-se que assim com esse tipo de assistência é valorizado em sua importância e em suas diferentes maneiras pelos profissionais da saúde, no exercício diário. Mediante as visitas domiciliarias realizam-se atividades de promoção e prevenção de saúde logrando assim mudar o estilo de vida da população e a família o qual e o logro de nosso trabalho, cumprindo o objetivo fundamental da Atenção Primaria na Saúde que é a prevenção e promoção da saúde.

Muito importante realizar um bom atendimento e acompanhamento de doenças agudas e crônicas para evitar complicações, assim diminuindo a internação hospitalares desnecessárias, garantindo um retorno no menor tempo possível ao domicilio e concluir ou continuar o tratamento uma vez que a condição que motivou a internação não representa risco para a vida da pessoa, garantindo à continuidade da atenção a saúde do paciente e a diminuição na demanda dos serviços da atenção secundaria. Nossa grande aspiração do atendimento domiciliar, beneficiando ao doente, família e ao próprio sistema de saúde foi consolidado com o Programa Melhor em Casa.

Ainda não seja muito usada a prática da internação domiciliar nos casos necessitados, sempre com o consentimento da família, disponibilidade de recursos humanos e materiais que cubram a assistência durante o tempo requerido, é uma ótima ferramenta que permite a participação ativa no processo saúde-doença do paciente e a família (Ministério da Saúde, 2012).

Na nossa unidade de saúde, as visitas domiciliariam formam parte do acolhimento e o acompanhamento dos pacientes feitas todas as quinta feiras de tarde, além das visitas diárias e continuas das agentes de saúde, temos programados esse dia da semana de visita domiciliar, alternando o acompanhamento pelo médico e pelo enfermeiro, junto ao agente de saúde da comunidade e a técnica de enfermagem. Nesse dia são visitados pacientes acamados, com incapacidades, de saúde mental, doenças crônicas, baixa renda econômica, muito idosa, algumas doenças agudas, entre outros, dando acompanhamento a eles. Além das visitas programadas faço atendimento da

demanda espontânea de visita domiciliar quando é solicitada por doenças agudas ou crônicas descompensadas que não tem como comparecer a consulta. O posto de Saúde parte de nossa população ta afetada por o difícil acesso as suas micro atendimento a comunidades rurais que ficam distantes e muitas delas são de difícil acesso, devido a longas distancia e mal qualidade das estradas, sobre tudo na época de chuvas. Nossa população em geral é muito carente e de baixa escolaridade, por o que precisa do monitoramento mais continuo nas orientações médicas.

As comunidades têm um alto índice de pacientes alcoólatras, mas é muito difícil conseguir o acompanhamento deles devido, que eles não reconhecem o problema de saúde que tem então os pacientes são encaminhados no apoio da família, nas atividades de prevenção e promoção de saúde. As pacientes no climatério acodem na consulta para avaliação e acompanhamento segundo a programação correspondente. De forma geral temos poucos pacientes com câncer nenhum diagnóstico de neoplasia na pele. As lesões na pele de tipo pré cancerígenas são avaliadas, e é referido para o Dermatologista se for necessário. O paciente com Hanseníase diagnosticada tem acompanhamento mensal, e recebem o tratamento no posto de saúde. Também são frequentes os casos de verminose intestinal, sendo de grande importância a visita a domicilio para identificar e poder orientar a corrigir os riscos identificados em cada caso junto á família, me motivando a fazer uma intervenção comunitária onde as visitas aos domicílios foram muito importantes para identificação dos problemas de saúde da população.

A visita domiciliar como alternativa assistencial é destacada no atendimento à pacientes com problemas específicos, no ambiente familiar. Consideramos a visita domiciliar meio para adequar os conhecimentos e procedimentos adquiridos às condições sociais, econômicas, ambientais e culturais do paciente-família. A visita domiciliar faz parte, também, do panorama da área de pesquisa, quando busca-se obter dados para identificar problemas que atingem indivíduos e suas famílias em situações específicas. Exemplo são as atividades que desempenha a equipe junto a crianças e adolescentes nas escolas, CRAS e comunidades, com o objetivo melhorar e fortalecer os projetos de vida. A visita domiciliar ha permitido à equipe estar mais próximo do cotidiano das famílias permitindo-lhes conhecer, interpretar e vivenciar o meio onde elas vivem, identificando assim, os vários problemas que afetam a sua realização. Temos que destacar o trabalho da equipe com um grande

grupo de pacientes com doenças crônicas em condições para comparecer na consulta, mas que não gostam de ir até a USF. Eles são atendidos em todos os aspectos de suas doenças, sempre lhe aconselhando sobre importância e necessidade da consulta periódica. Particularizando em cada caso, que não sempre envolve um problema único precisa de resposta a mais de uma doença e as situações próprias de cada família e seu meio social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O atendimento domiciliar ocupa um lugar importante tanto como a própria consulta na USF, ela oferece a possibilidade de abarcar difíceis situações de saúde e confeccionar planos terapêuticos conjuntamente com o paciente, que incluía família, amigos e ate a comunidade em casos complexos, o que se torna difícil na consulta na unidade, permite a orientação e ajuda para o cuidador. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

5 ATIVIDADE CINCO DO PORTFOLIO: REFLEXÃO CONCLUSIVA

Fazendo uma analise do que foi acontecendo ao longo do curso de especialização considero que tudo foi muito bem planejado, o que permitiu o conhecimento dos protocolos aplicados na atenção primaria no Brasil, o que com toda certeza repercute num melhor atendimento dos pacientes que são assistidos nas consultas, em domicilio, na rua, na escola, no posto de trabalho e diferentes partes de nossa área de abrangência.

Já conhecemos como esta desenhada e projetada o trabalho desenvolvido pelo ministério, também aprendemos as realidades dos interiores do Brasil, como vivem as populações mais necessitadas, o que esta sendo feito e o que mais pode ser feito.

As cidades fictícias permitiram nos orientar o que acontece em cada região do Brasil, em cada caso estudados, deu para observar o dia a dia dos pacientes que atendemos nossas USF, os casos complexos analisados estão perfeitamente desenhados para nossa superação, ajustados ás necessidades de aprendizagem.

Por outro lado fazer um DVD para o estudo do curso off-line foi de grande ajuda para os médicos que trabalhamos em zonas onde a internet não permite fazer o curso como foi desenhado inicialmente 100% online, mas a realidade é que oito horas semanais, não são suficientes para poder chegar a toda a bibliografia e realizar as tarefas, precisa de um esforço maior do educando, também considera a

bibliografia de cada caso ampla e atualizada permitindo incrementar nosso conhecimento das condutas terapêuticas, tendo assim mais opções de tratamentos.

Trabalhar em áreas como esta, com baixos recursos econômicos, com alto nível de analfabetismo, com dificuldades em infraestrutura social, pela ausência de rede de evacuação de resíduos, a água de consumo nem sempre se consome tratada, e gera muitas doenças as quais foram exposto neste curso e compartilhado com outros colegas, que passaram por situações similares e outras apresentadas nos casos estudados, e que foram solucionados sem muitas dificuldades.

O ensino polêmico permitiu que o trabalho durante o tempo das aulas de especialização transformando-se, em uma avaliação constante dos clínicos analisados e os modelos práticos usados, aumentando assim a experiência sobre o trabalho em equipe ao incorporar a experiência pessoal, as peculiaridades, as habilidades de cada membro da equipe, na solução dos problemas ao fazer o aprendido nas aulas do curso, conseguimos entender e atuar corretamente.

Reconhecemos que a pesar de todo o esforço, ainda falta muito trabalho pela frente para alcançar os objetivos na saúde de nossa população, pelo que dedicamos esforços dirigidos a ampliar tarefas no setor de promoção de saúde, elevar a cultura sanitária da população, aquisição de critica dos riscos, elevar a responsabilidade pessoal com a saúde individual, familiar e coletiva.

Permitiu uma estratégia no trabalho muito melhor, com os grupos de riscos, ao conhecer as informações sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no município e no estado, apresentadas em legislações, princípios e diretrizes para um adequado funcionamento. Temos que reconhecer dificuldades, agendamento de consultas e tratamentos especializados, que ditam muito da capacidade de resposta ante uma demanda cada vez mais crescente.

No meu município Viseu a Secretaria de Saúde, junta á prefeitura fazem grande esforço para melhorar à infraestrutura, recursos humanos, disponibilização de medicamentos e transporte sanitário e com isso melhorar a saúde da população, mas nem sempre se conseguem todas as soluções tendo em vista que têm coisas que transcende o limite geográfico e dos recursos próprios.

Em conclusão este curso permitiu o melhoramento nosso como profissionais no Brasil, obrigado ao coletivo do curso.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n° 32 Brasília – DF 2012. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

2 Atenção à Saúde da Gestante em APS Maria Lucia Medeiros Lenz Rui Flores Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. 2011. http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf.

3 Atenção integral ao portador de Pé Diabético - Caiafa J et al. http://sbacv.com.br/pdf/manual-do-pe-diabetico-final.pdf.

4 Cadernos de Atenção Básica. 38 Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus Cadernos de Atenção Básica, n° 36 Brasília DF2013http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doença_cronica_cab35.pdf.

5 Diretriz Brasileira de Diagnostico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Suplemento I, Abril 2005. http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf.

6 Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de TriagemNeonatal.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829_14_12_2012.html.

7 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência doença falciforme; O que se deve saber sobre herança genética. http://www.nupad.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/12/O-que-se-deve-saber-sobre-Heranca-Genetica.pdf

8 Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção à Saúde | Departamento de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica Cadernos de Atenção Básica, n° 37. Brasília – DF 2013 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf.

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília, DF: Ministério de saúde; 2012. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional. Volume 2 Brasília, DF: Ministério de saúde; 2015. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf
.

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de

Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional. Volume 3 Brasília, DF: Ministério de saúde; 2015. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf.

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PROJETO DE INTERVENÇÃO: Importância do controle dos fatores de risco na Hipertensão Arterial

AUTOR: Regis Reyes Lopez

TUTORA: Patrícia Bárbara Dias

VILA DO JAPIM - VISEU-PA

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 23
2 OBJETIVOS 25
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 26
4 METODOLOGIA 27
4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO 27
4.2 SUJEITOS ENVOLVIDOS 27
4.3 ESTRATÉGIAS E AÇÕES 27
4.4 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES 28
4.5 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO 29
5 RESULTADOS ESPERADOS 29
6 CRONOGRAMA 29
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 29

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial é a doença crônica não transmissível mais frequente na atualidade e a mais comum das condições que afetam a saúde dos indivíduos e as populações em todas as partes do mundo.

Representa por se mesma uma doença, como também um fator de risco importante para outras doenças como a Cardiopatia Isquêmica, a Insuficiência Cardíaca, a Doença Cerebrovascular, a Insuficiência Renal, entre outras. (ABC MED BR, 2008).

A Hipertensão Arterial Sistêmica, também conhecida como pressão alta, é conceituada pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, que consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. As estatísticas sobre hipertensão arterial sistêmica são alarmantes. (ABC MED BR, 2008)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 600 milhões de pessoas no mundo tenham hipertensão arterial sistêmica. No continente americano a hipertensão afeta cerca de 140 milhões de pessoas, metade das quais desconhece ser portadora da doença por não apresentar sintomas e não procurar serviços de saúde, e dentre as pessoas que se descobrem hipertensas, 30% não realizam o tratamento adequado por falta de motivação ou de recursos financeiros próprios. Na América Latina e no Caribe, estima-se que de 8% a 30% da população sejam hipertensas. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mas de 60% tem hipertensão. Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vem aumentando a cada dia. (BRASIL, MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2000).

A forma secundária predomina na infância, embora não esteja associada a esta etapa da vida, enquanto que as formas primárias são mais frequentes entre adolescentes e adultos, fato que tem sido atribuído à adoção, por crianças e adolescentes, de hábitos ou estilos de vida que representam fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica. Por esse motivo, é importante o rastreamento de crianças e adolescentes com risco aumentado de se tornarem adultos hipertensos, para que sejam adotadas medidas preventivas em idade precoce, reduzindo os riscos de doenças cardiovasculares e acidente vascular encefálico. (EDUARDO, ROSELOT J, 2008).

Entre os fatores de risco para esta doença, estão os fatores de risco não modificável e os modificáveis, entre os primeiros está a idade, o sexo, a cor da pele, a história familiar de hipertensão e entre os modificáveis estão a elevada ingestão de sal, alta ingestão calórica que favorecem ao sobrepeso ou obesidade, a inatividade física, e excessivo consumo de álcool, a hiperglicemia e a dislipidemias. (GOLDSTEINS LB, BUSCHNEU CD, 2011; REV CUBANA MED, 1999).

O estresse psicológico e o sedentarismo ainda aguardam provas mais definitivas de participação como fatores de risco, embora existam evidências de que sua modificação pode ser benéfica no tratamento da hipertensão arterial. O aumento do risco cardiovascular ocorre também pela agregação de outros fatores, tais como tabagismo e dislipidemias - alterações nos níveis de colesterol e triglicérides, intolerância à glicose e diabetes mellitus.

Está comprovado que o controle dos fatores de risco, associados a medidas preventivas e de promoção de saúde, é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas da hipertensão, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo hipertenso. Da mesma forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de danos aos órgãos-alvo. Para o controle desta patologia, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo. (HIPERTENSION ARTERIAL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006).

O manejo da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento. (GOLDSTEINS LB, BUSCHNEU CD, 2011; ARMANDO; VIDALON FERNANDEZ, 2006).

No que se refere ao trabalho de prevenção, detecção e tratamento, faz-se necessário a aplicação de estudos epidemiológicos, visando estipular medidas de controle e prevenção, no sentido de detecção precoce e melhor canalização de recursos humanos e financeiros para o tratamento destas doenças não transmissíveis e que se instalam de forma silenciosa. Dentro desta proposta, encontra-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o qual estabelece diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde, enfatizando a prevenção

primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde.

Neste sentido, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à HA e ao DM, o Ministério da Saúde assumiu parcerias com os estados, municípios e sociedade, dando suporte para a estruturação e melhorias na atenção aos portadores destas patologias. Em contrapartida, é de fundamental importância que os municípios, instituições e Programa Saúde da Família (PSF) vinculados às suas Coordenadorias Regionais de Saúde invistam em estratégias para maior acompanhamento dos pacientes após o diagnóstico e cadastro no PSF. (BRASIL, MINISTÉRIO DE SAÚDE. 2000; ARMANDO; VIDALON FERNANDEZ, 2006)

Nossa unidade e em especial nossa área de abrangência não está fora desta problemática de saúde e se comporta mais ou menos de forma similar. Foi observado pela equipe de saúde da família, um aumento da demanda por consulta de hipertensão arterial sistémica e que níveis elevados de pressão arterial são facilitados por elevada ingestão de sal, alta ingestão calórica, excessivo consumo de álcool, sedentarismo, peso excessivo ou obesidade, estresse, entre outros.

Neste sentido, o objetivo central do presente estudo é elevar o nível de conhecimento dos pacientes sobre os fatores de risco associados à hipertensão arterial e estimular a mudança dos fatores de risco identificados na totalidade dos pacientes portadores de HAS de nossa equipe de saúde.

2 OBJETIVOS

GERAL

Modificar o nível de informação sobre fatores de risco da Hipertensão Arterial dos pacientes da equipe verde de nossa USF VILA DO JAPIM.

ESPECIFICOS

-Conhecer o que entende o usuário por fatores de riscos da Hipertensão Arterial.

-Elevar o número de pacientes com informação atual da temática.

-Sistematizar as atividades educativas de promoção e prevenção relacionadas à Hipertensão Arterial.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As V Diretrizes Brasileiras de HAS oferecem ao médico o conhecimento das mudanças mais importantes na prevenção, no diagnostico, no tratamento e no controle de hipertensão arterial, orientado pelo trabalho de 118 especialistas de várias regiões do pais. Inquéritos de base populacional realizado em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de 22,3% a 43,9% de HAS. As complicações mais frequentes associados a este fator de risco, são a Insuficiência Cardíaca e os Acidentes Cerebrovasculares. (BRASIL, MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2000).

Eles ressaltam como principais fatores de risco, a idade acima de 60 anos, a obesidade e o sedentarismo, e o consumo elevado de bebidas alcoólicas. Com relação ao tratamento não medicamentoso, planteiam que a adopção de um estilo saudável de vida e fundamental no tratamento de hipertensos, particularmente quando há síndrome metabólica, o objetivo primordial do tratamento da Hipertensão Arterial e a redução de morbilidade e da mortalidade por esta doença. (GUILLERMO, QUIROZ, 20108; AMERICAN HEART ASSOCIATION).

Os porcentuais de controle de PA são muitos baixos, estudos isolados apontam controle de 20% a 40%. Recomendando-se para melhor adesão ao tratamento, proporcionar educação em saúde, com especial enfoque nos conceitos de hipertensão e suas características Orientações sobre os benefícios do tratamento, incluindo mudanças de estilos de vida, informações compreensíveis pelos pacientes sobre os efeitos adversos dos medicamentos prescritos assim como facilitar o atendimento facilitado aos pacientes hipertensos. (HIPERTENSION ARTERIAL; ARQ. BRAS. CARDIOL, 2007).

Borges e cols, ressaltam que o excesso de peso pode influenciar no aumento da HAS, relacionando prioritariamente fatores sócio demográficos, hábitos alimentares e tabagismo. Esses autores, ao analisarem os níveis de atividade física da população estudada, encontraram 55,7% de não praticantes, sem valores significativos em relação a HAS. (BORGES HP, CRUZ NC, MOURA EC, 2005).

Estudos mais modernos tem demostrado que uma série de alterações acompanha elevação tensional, assim a terapêutica moderna deve nortear-se não só tendo os níveis tensoriais, mas também levando em consideração as ações metabólicas e autotróficas dos agentes anti-hipertensivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BORGES HP, 2005).

Os dados brasileiros de mortalidade, quando comparado aos dos países desenvolvidos sugerem que as diferenças na posição das doenças cerebrovasculares e das isquêmicas do coração, como a principal causa, decorrem da elevada frequência da hipertensão arterial não controlada na população brasileira. Estima-se que 50% dos hipertensos não foram ainda diagnosticados e que somente 40% daqueles já diagnosticados permanecem em tratamento por um período inferior a 04 anos e apenas um 1/3 destes alcançam níveis de controle da pressão arterial. (ARQ. BRAS, 2007).

No Brasil, a não adesão do hipertenso ao tratamento tem sido atribuída, principalmente, a desestímulos por ocasião da consulta (longo tempo e dificuldade para marcar), a mudança constante do médico, a impossibilidade de uma boa relação médico-paciente, a normalização da pressão arterial, a ausência de sintomas, aos custos e aos efeitos colaterais da medicação. As estimativas sobre o desconhecimento do diagnóstico da hipertensão arterial, os problemas de organização e de acesso ao sistema público de saúde e as questões individuais relativas a não adesão dos hipertensos ao tratamento merecem ser investigadas para subsidiar as intervenções que visem o controle da HAS. (ARQ. BRAS. CARDIOL, 2007; MARCIA REGINA, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O Projeto de intervenção será desenvolvido na USF Vila do Japim, da Comunidade do mesmo nome, localizada no município Viseu do Estado do Pará.

4.2 SUJEITOS ENVOLVIDOS

Participarão a Equipe de Saúde integrado por um Médico Geral Integral, Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde.

Todos os pacientes da equipe, cadastrados como hipertensos e com fatores de risco, tanto femininos como masculinos, selecionados de maneira aleatória pela equipe de enfermagem e médico, com o prévio consentimento deles.

4.3 ESTRATÉGIAS E AÇÕES

O projeto será desenvolvido em 4 etapas a saber:

Etapa 1

Será feito a identificação e cadastro dos pacientes hipertensos e os principais fatores de risco. No momento da consulta serão abordados e entrevistados aos fins de incorpora-los ao projeto de intervenção.

Etapa 2

Os selecionados serão convocados numa reunião para descrição do projeto de intervenção e a necessidade do mesmo, assim como para estabelecer as estratégias a seguir.

Etapa 3

Elaboração e entrega do plano de trabalho para ser executado pelos adultos envolvidos no programa de mudanças nos conhecimentos sobre os fatores de risco da Hipertensão Arterial.

Etapa 4

Serão feitas reuniões semanais com toda a equipe de saúde para saber o andamento do projeto de intervenção.

4.4 Programação das ações

PASSOS	**TEMAS**	**PALESTRANTES**
1º	Explicação do projeto.	Equipe de Saúde
2º	A importância da promoção da saúde e da prevenção de DCNT explicando as condutas a serem tomadas no que diz respeito aos problemas relacionados aos principais fatores de risco.	Médico/Enfermeira
3º	Assessoramento respeito ao Tabagismo, Dislipidemias, Sedentarismo e Obesidade.	Médico
4º	Como escolher uma alimentação saudável e equilibrada.	Nutricionista
5º	Tempo para perguntas e para responder ao questionário.	Equipe de Saúde

4.5 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Buscar-se durante as reuniões, uma participação ativa de todas as pessoas presentes para conhecer as suas impressões sobre o projeto.

• Tratar-se de ouvir todas as críticas com o intuito de estar sempre melhorando a intervenção.

• Estimular-se a que todos os adultos venham tirar as suas dúvidas em qualquer momento.

5 RESULTADOS ESPERADOS

• Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar em o conhecimento da população em relação à Hipertensão Arterial; reduzir o número adultos com hipertensão arterial, fatores de risco e suas consequências, melhorar o acesso dos pacientes às ofertas da PSF em relação à doença.

- Diminuição do número de adultos com Fatores de risco da hipertensão arterial.
- Maior integração entre os membros da equipe de saúde.
- Atrair a comunidade a ter melhoras na qualidade devida.

6 Cronograma

ATIVIDADES/2017	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
Elaboração do projeto	X					
Aprovação do projeto		X				
Estudo da literatura	X	X	X	X		
Coleta de dados		X	X			
Discussão e análise de resultados				X		
Revisão final e digitalização					X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 ABC MED BR, 2008. **Hipertensão Arterial**. Disponível em Arterial. em: < http:// www.abc.med.br./p/hipertensão–arterial/22140/hipertensão arterial.htm.

2 Brasil, Ministério de Saúde. **Implementação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

3 Goldsteins LB, Buschneu CD, Adams RJ, et al. **Guidelines for de primary prevention of Stroke:** a guideline for healhcare professionals from de American Heart association/ American Stroke. Association. Stroke, 2011 Feb, 42: 517-84.

4 Eduardo, Roselot J. Rev. med. Chile; 136(5); 678-679; 2008-05, Scielo Chile.

5 Armando; Vidalon Fernandez Acta. med. peruana; 23(2);67-68;2006-05.Scielo Perú.

6 Rev cubana med; 38 (4) 219-246; 1999-12. Scielo Cuba.

7 Guillermo, Quiroz, An. Fac, med.; 71(4); 223-224; 2010-12, Scielo Perú.

8 American Heart Association. Disponível em: http://americanheart.org.

9 Hipertension Arterial. **Infomed Especialidades**. Disponível em: http//www.sld.cu/serviços/hta/Sitio del Portal de Infomed.

10 Ministério da Saúde. URL: http://www.datasus.gov. Acessado em 28 de janeiro de 2006.

11 Arq. Bras. Cardiol; 89(3); e 24-e79; 2007-09. Scielo Brasil.

12 Borges HP, Cruz NC, Moura EC. **Associação entre hipertensão arterial e excesso do peso em adultos**, Belém, Pará, 2005.Arq Bras. Cardiol.2008;91(2):110-8.

13 Marcia Regina, Car. Rev. esc. enferm. USP;32(2);140-143;2008.