

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

NIURKA ARMAS SUAREZ

**AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRE-
NATAL NO CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICO PARA O BRASIL.**

NOVO HAMBURGO. RS

2018

NIURKA ARMAS SUAREZ

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Luiz Farias de Lima Neto.

NOVO HAMBURGO. RS

2018

SUMARIO

1- INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO.....	04
2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
3- PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	09
4- VISITA DOMICILIAR.....	16
5- REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	25
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	30

INTRODUÇÃO DO PORTAFOLIO

Eu sou Médico cubano do Programa Mais Médico para o Brasil desde o mês de Agosto do 2016. Fiz Medicina na Universidade de Matanzas Cuba no ano 1988, fiz 2 anos depois a Especialização em primeiro grau em Medicina Geral Integral na mesma Universidade. Prestei serviço em Venezuela, agora trabalho na U.S.F Petrópolis Município Novo Hamburgo de Rio grande do sul.

O município Novo Hamburgo tem uma área de 223.6 km², uma população de 238 940 habitantes. o município consta de 3 hospitais e 15 U.B.S.F, 1 PA 24 horas, 1 centro de especialidades.

A U.S.F de Palmeiras onde eu trabalho está ubicada o bairro Petropolis a 4 km do centro de município Novo Hamburgo meu area de saude conta com uma população 2533. de total de população, 1032 do sexo masculino e 1501 do sexo feminino com um total de 874 famílias de a U.S.F Petropolis conta com 2 equipes da estratégia da família onde cada um tem 1 medico, 1 enfermagem, 1 técnico de enfermagem, 4 agentes comunitário de saúde, também ter outros trabalhadores como odontólogo e uma assistente de odontologia, 1 custodio, 2 auxiliares de limpeza, A área onde eu atendo Atualmente o número estimado de hipertensos residente na área 306, A Unidade de saúde funciona com atendimento diários de segunda a sexta feira. Pelas e tarde manhãs são realizadas consultas e as quartas-feiras de tardes são desenvolvido-as reuniões de equipe, também se fazem visitas domiciliares a idosos, acamados e outros com necessidade de atendimento como doença crônica.

Algumas ações já estão sendo desenvolvidas com esta população, como a atualização dos prontuários, visitas domiciliares, realização de consultas semanais e educação em saúde. No entanto, com a intervenção pretendemos a promoção e educação da atenção prenatal e também organizar melhor nosso arquivo para os registros de informações importantes decorrentes das consultas, a fim de que se torne possível a realização rotineira do planejamento, avaliação e monitoramento da respectiva ação programática.

O atendimento das grávidas deve ser feito dentro de uma rede de atenção à saúde, sendo que a equipe de atenção primária deve ter conhecimento do fluxo de encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário.

Portanto, a realização desta intervenção na nossa área de abrangência será de extrema importância e necessidade, pois proporcionará um acompanhamento adequado das grávidas garantindo um atendimento de qualidade, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério de Saúde.

CASO CLÍNICO

Anamnese e Identificação

Nome: R.G.A

Idade: 55

Sexo: Feminino

Escolaridade: secundaria terminada

Religião: católica

Estado civil: casada

Profissão: Dona de casa

Naturalidade: Novo Hamburgo.RS

Residência atual: Petrópolis

Queixa principal: dor de cabeça e dorme pouco

Historia de doença atual

1ra consulta medica

Paciente refere dor de cabeça em ocasiones desde does semanas atrás, refere que dorme pouco porque tem muito trabalho

Interrogatório sintomatológico

Sintomas gerais:

- Cabeça e pescoço;refere dor de cabeça
- Tórax: nega tosse e sintomatologia respiratória
- Abdômen: neg sintomatologia
- Sistema urinário: nega sintomatologia
- Sistema endócrino: nega alterações
- Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades; sem alterações
- Sistema nervoso: refere que dorme pouco

Antecedes patológico pessoal

- Menarca: 12 anos
- Historia obstétrica:G 5 P 5

Conducta:

- Doenças da infância: varicela
- Hipertensão arterial face 7 anos atrás
- Medicação em uso: Enalapril 10mg 1cp as 8:00 hrs
- Antecedentes familiares
- Pai falecido faz 5 anos por IMA

Condiciones de vida:

- Alimentação: muitos carboidratos, poucas verduras e poucas frutas
- Habitação mora com marido e 5 filhos. Mora em casa de 2 quarto, 1 sala, 1 cocina, 1 banheiro
 - Historia ocupacional: não trabalha
 - Atividades físicas: nenhuma
 - Vicio; tabagismo
 - Condiciones socioeconômicas: a renda familiar é de um salário mínimo (Marido é único que trabalha)

Exame físico

Mucosa: úmida e normocoloreadas

Ar: não polipnea, Sem prazo, Mv Normais, não estertoreis fr: 23 mrpm

ACV: batimentos cardíacos rítmicos e bons batida, não sopra
pa: 110/80 mmhg fc: 84 bat/min

Abdômen: plano, ausência de circulação colateral, ruídos hidroaereos normais, não doloroso a palpação, não visceromegalia

Extremidades: simétricas, sem presença de edemas. Ausência de vasos dilatados

S. nervoso: não Alteração

Medidas antropometrica:

Estado nutricional: IMC (Índice de Massa corporal):

Hipótese diagnostica: hipertensão arterial, ansiedade generalizada

- Orientações gerais
 - Modificar o estilo de vida
- Solicitar exame de hemograma completo, glicemia em jejum, creatinina,colesterol total,HDL,LDL,triglicerido,TSH ultrasensível,EQU, electrocardiograma
 - Continuar com enalapril 10mg 1cp as 8:00 hrs
 - Amitriptilina 25mg 1cp de noite
 - Programar visita domiciliar

O paciente retorna a os 10 dias com resultados de exame: hb: 13,5 g/l, Hto:40,5 glicemia em jejum: 82 mg/l, colesterol total:141 mg/l. HDL : 51 mg/l. LDL:137 mg/l. trigliceridos:g/l,Creatinina:0,81 mg/l, TSH ultra sensível:2,28 mui/ml, EQU: negativo, ECG:não alteração

Todos os exames realizados estao normais pelo que realizamos

- Aconselhamento sobre a mudançãas de estilo de vida
- Aconselhar reduçãõ do sal na dieta
- Desaconselhar o consumo excessivo do café outros produtos ricos em cafeina
- Aconselhar a eliminacãõ do consumo de alcohol
- Aconselhar a realizacãõ de exercicios fisicos
- Aconselhamos participar em grupo de doençã cronicas de equipe de Saúde
- Continuar com enalapril 10mg 1cp as 8:00 hrs
- Continuar com amitriptilina 25mg 1cp de noite
- Se agenda visita domiciliar daqui há uma semana
- agendar consulta medica para dentro de 2 meses para valorar doençã cronica

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários (as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com avalorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção.(1)

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. (1)

Anteriormente associada à institucionalização do parto, a assistência pré-natal tinha como principal objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade e infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de puericultura intra-uterina, como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção à mulher. Sendo o pré-natal um espaço adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, entendemos que o processo educativo (educação em saúde) é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã.(2)

Logo, com a implantação do pré-natal, os PSFs passaram a entender que a gestante deve ser vista como um ser integral, que traz consigo experiências anteriores e que, ao procurar o serviço de saúde, espera ser ouvida, ajudada e ter suas dúvidas esclarecidas, de forma singular e individualizada, fazendo com que haja uma melhoria no atendimento e que a gestante tenha interesse no retorno a consulta.

O médico voltado para o pré-natal deve possuir elementos como sensibilidade, capacidade para ouvir, confiança, entre outros, pois são fundamentais durante a atuação dos profissionais no momento da criação do vínculo profissional-gestante. Deve-se estar atentos ao fato de que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, logo, não deve ser enfatizada somente o bem – estar fetal e sim o bem – estar mãe – gestante também, e o profissional deve sempre lembrar e passar a utilizar linguagem de fácil entendimento com a gestante, pois estratégias que estimulem a adesão ao pré-natal o mais precocemente possível faz com que os riscos da gravidez diminuam (3).

O profissional deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. É um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante. (2).

Dessa forma, a Consulta medica proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres com quem interagimos em consultas no pré-natal, nas unidades básicas de saúde. É pertinente lembrar que os contatos freqüentes nas consultas entre medico e pacientes possibilitam melhor monitoramento do bem - estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas. (4).

Levando-se em conta que o objetivo principal dessas unidades de saúde da família é não só o de realizar o atendimento pré-natal, mas também o de promover saúde preventiva através da orientação da população residente na área. (5)

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser mais bem orientada para que possa viver a gestação de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar. (2)

No pré-natal a (o) medico (o) deve ficar atenta (o) para também, interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. A (o) medico (o) não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente; caso isto aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu autocuidado. (2)

Em meu USF, o total de grávidas são 19. As maiorias dos pacientes já a maioria teve mais de uma gravidez, mas eles sabiam pouco sobre educação para

a saúde durante o período pré-natal, então começamos a realizar atividades de promoção a saúde, prevenção em gestantes a partir do trabalho em equipe com interação de todos seus integrantes.

Atividades desenvolvidas:

Começa-se a utilizar a sala de espera em o período da manhã e vespertino, com vídeos utilizando materiais que falam sobre a alimentação saudável, tabaquismo, consumo de álcool, atividade física, entre outros temas em a gravidez sempre com uma enfermagem que dirige a atividade no momento que os pacientes são acolhidos e avaliados pela triagem.

Em as consultas de pré-natal sempre se fala sobre a importância do cuidado da saúde durante a gestação para ela e para a criança que este preste a nascer, além disso as consultas são diferenciada de acordo aos fatores de risco da cada gestante.

Um dia ao mês se realiza o grupo de gestante com enfoque multidisciplinar com a participação de Nutricionistas, Dentistas, Enfermeiras e Médicos, onde há muita conversa sobre a importância dos cuidados de saúde na gestação e é elentam, eto materno exclusiva até 6 meses após o nascimento a criança.

O estado nutricional no período pre-concepcional é um fator determinante no crescimento e desenvolvimento fetal, portanto, uma alimentação saudável e equilibrada neste período é fundamental para otimizar não só a saúde materna, Mas também assegurar as reservas necessárias ao desenvolvimento do feto, reduzir o risco de complicações neonatais e para o período da amamentação (6-7).

Uma alimentação inadequada pode, por sua vez, originar ou agravar carências nutricionais nomeadamente em ferro e ácido fólico. A inadequação nutricional pode conduzir ou agravar determinadas patologias, como a diabetes gestacional, a hipertensão, entre outras, e suas complicações(6,8,9,10).

As necessidades nutricionais da grávida são semelhantes a das mulheres não grávidas. Apresentam, no entanto, algumas particularidades no que respeita as necessidades de energia, proteínas, algumas vitaminas, como a tiamina, a riboflavina, ácido fólico, a vitamina C e alguns minerais, como o ferro, o zinco, o cobre e o magnésio(6, 8)

Estudos mostram que uma ingestão de cafeína acima de 300mg está associada a RNBP e ao aborto espontâneo, mas não a defeitos nos RN (1, 2). AADA refere que o consumo diário de cafeína deve ser limitado a um mínimo de 300mg. Abaixo deste valor não são conhecidos benefícios na prevenção de RNBP ou numa gestação mais prolongada, excepto em mães fumadoras (6, 8,11, 12).

A cafeína está presente maioritariamente no café mas também se encontra numa grande variedade de alimentos e bebidas, tais como cacau, chocolate, guaraná refrigerantes de cola, bebidas energéticas e chás (6).

Segundo a FSA, o teor de cafeína no café varia consoante o método de preparação da bebida, por exemplo, uma chávena de café com cerca de 150ml pode conter entre 35 a 80mg de cafeína de café de saco e entre 125 a 165mg de cafeína de café expresso, enquanto uma bebida energética, com cafeína pode chegar a ter 90mg desta substância ou 50g de chocolate cerca de 35mg (6, 12).

Segundo o documento da ADA, *Position Paper of the American Dietetic Association: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome*, referente ao ano de 2008, os edulcorantes que são classificados como seguros pela *Food and*

Drug Administration (FDA), como o acesulfame-K, a sacarina, a sucralose e o neotame, podem ser usados com moderação durante a gravidez. No entanto, (13) como a sacarina atravessa a placenta, a grávida deve moderar a sua ingestão (14),15). Também a *American Diabetes Association* aceita a conclusão da FDA que refere que alguns edulcorantes aprovados por esta Instituição, nomeadamente o acesulfame-K, a sacarina, a sucralose e o aspartame, podem ser seguros quando ingeridos com moderação(16,17).No entanto,o

aspartame está contraindicado em grávidas com fenilcetonúria, porque ao ser metabolizado da origem a fenilalanina (17).

Relativamente aos alimentos com elevado teor em nitritos, nitratos e nitrosaminas, tais como peixe, carnes curadas e queijo, devem ser consumidos com moderação, pois segundo a ADA, vários estudos epidemiológicos associaram a exposição pré-natal e neonatal da nitrosamina á destruição das células beta e ao aumento da incidência de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) (18).

O exercício físico regular e de baixa intensidade diminui em cerca de 50% o risco de diabetes gestacional e de 40% o aparecimento de pre-eclampsia. Caso não haja contra-indicação médica, é aconselhável a grávida realizar 30 minutos ou mais de exercício físico regular, preferencialmente na maior parte dos dias da semana (8). O exercício físico deve ser ligeiro, tal como, andar a pé dançar ou praticar natação. A grávida deve fazer uma ingestão de líquidos abundante antes, durante e após o exercício físico (11).

Quanto mais exercício físico praticar, mais facilmente a grávida conseguirá adaptar-se á nova forma corporal, para além de mais facilmente conseguir voltar ao seu peso anterior após o parto. O exercício físico também uma excelente forma de relaxar e melhorar o sono durante o período da gravidez (11).

O tabaco é prejudicial durante a gravidez, pois, o monóxido de carbono e a nicotinas existentes no tabaco aumentam a carboxihemoglobina fetal e reduzem o fluxo sanguíneo da placenta, ambos limitam o fornecimento de oxigeno ao feto. O fumo do cigarro durante a gravidez está associado ao aumento do risco de aborto espontâneo, placenta previa, ruptura da placenta, gravidez ectópica, RN pré-termo , atraso do crescimento fetal e morte súbita nos RN. Um estudo Finlândia, que seguiu 26 000 grávidas, mostrou que as mulheres que pararam de fumar mais cedo apresentaram um menor risco de RNBP, mas não RN pre-termo ou mortalidade perinatal.

Em suma, importa salientar que as intervenções para a cessar o do tabagismo devem ser feitas a todas as mulheres fumadoras que pretendem engravidar (8).

Tal como o tabaco, todas as substâncias ilícitas, como a marijuana, cocaína e outras, devem ser evitadas durante a gravidez. O abuso destas substancias aumento o risco de baixo peso á nascença, prematuridade, malformações e problemas de desenvolvimento fetal (8).

A ingestão de bebidas alcoólicas no inicio da gravidez pode originar graves Conseqüências para o embrion, tais como, defeitos neurológicos e de desenvolvimento, mesmo em baixas doses (6, 8, 20, 20).

O risco associado á ingestão destas bebidas durante a gravidez é maior nas mulheres mais velhas ou quando são ingeridas pontualmente em elevadas doses, como em ocasiones festivas (2). Alem disso, uma elevada ingestão de etanol afeita a fertilidade e a viabilidade da concepção (6, 8, 20, 21). Também o consumo de etanol no primeiro trimestre de gravidez pode aumentar o risco de aborto (20, 21).

Mulheres que tem um consumo excessivo de etanol durante a gravidez normalmente têm também uma ingestão baixa de vitaminas do complexo B, quando nestes casos as necessidades estão aumentadas. Por outro lado, a concentração sérica de vitaminas antioxidantes também diminui, quando estes nutrientes são essenciais para a proteção dos danos nos tecidos maternos e fetais. O etanol também compromete a absorção e utilização de ácido fólico (6, 8)

VISITA DOMICILIAR

Como estratégia de assistência dentro da ESF, às visitas domiciliárias são atividades preconizadas pelo MS e, quando realizadas, passam a constar mensalmente do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), permitindo-nos perceber por meio de indicadores quantitativos que esta é uma intervenção produzida periodicamente pelos profissionais. Porém, tais indicadores não permitem o monitoramento e acompanhamento da operacionalização das VDs. A busca por informação qualitativa permite maior aprofundamento na subjetividade dos atores envolvidos, por meio da relação entre serviço, profissional e família. Para tanto, fazem-se necessárias análises qualitativas das práticas de saúde e dos processos de trabalho cotidianos na ESF, estando entre eles as VDs (23).

A VD configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliares. Cada uma dessas atividades tem finalidades, objetivos e práticas específicas. A visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades (24)

A VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação.(25) Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais.

Para a execução da VD, o primeiro passo é definir seu foco, que pode abranger um ou mais dos seguintes objetivos: (26)

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando socioeconômicas e culturais.

- Verificar a estrutura e as dinâmicas familiares com elaboração do genograma ou familiograma ou eco mapa.

- 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.

Organização

Na organização da VD, alguns itens devem ser observados para se garantir o alcance do objetivo proposto com a priorização de indivíduos e/ou famílias de maior risco. A sistematização da visita dá-se por meio do planejamento, execução e avaliação conjunta de profissionais.(24)

Planejamento

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.

(27) 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 urgência.

- 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...).

Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares quando da identificação:

- Do problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar.

- Das ausências no atendimento programado.

- Dos portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória.

- Dos hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase que não estão aderindo ao tratamento.

Ao agente comunitário de saúde (ACS) cabe realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias,

independentemente de situação de risco, priorizando a execução das seguintes atividades em sua área (28).

- Busca ativa de gestantes.
- Busca ativa de crianças com menos de 1 ano de vida, em aleitamento materno.
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e da imunização.
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para orientação quanto à terapia de reidratação oral (TRO).
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade com insuficiência respiratória (IRA)
- Busca ativa de sintomáticos respiratórios ou pacientes em tratamento de tuberculose.
- Busca ativa de sintomáticos dermatológicos ou pacientes em tratamento de hanseníase.
- Busca ativa de mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e de mama.
- Busca ativa de hipertensos.
- Orientações em relação a dengue.
- Outros (saneamento básico, Bolsa-Família, etc.).

No processo de planejamento, questões relativas à operacionalização devem ser consideradas previamente, conforme se sugere (29).

- Definição do itinerário, por meio do mapeamento da área e do transporte a ser utilizado.

- Definição do tempo para execução da visita em cada domicílio.
- Priorização do horário preferencial das famílias para a realização das visitas.
- Agendamento e confirmação do horário da visita ao domicílio.
- Início da rota de visitas pelos domicílios que demandam menos tempo.

A equipe deve ainda dispor de materiais devidamente acondicionados em maleta que garantam o desenvolvimento de suas atividades no domicílio, tais como:

- Ficha-guia da visita domiciliária
- Prontuário do(s) usuário(s).
- Receituário.
- Papel, lápis e caneta.
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro.
- Lanterna.
- Material educativo.
- Fita métrica.
- Abaixador de língua.
- Termômetro.
- Pequeno espelho para orientação de higiene dental.
- Glicosímetro com fitas.

- Luvas de procedimento e estéreis.

- Pacote de curativos.

Formalização da visita domiciliar

Como metodologia básica para a VD, é empregada a entrevista com os integrantes da família e a observação sistematizada do ambiente e sua dinâmica. (24,25)

No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família.

É pertinente o uso de um impresso próprio para o registro adequado das informações coletadas durante a VD que posteriormente serão utilizadas para subsidiar o acompanhamento evolutivo dos casos individuais e os aspectos a serem observados nas visitas posteriores. Devem ser colhidos dados referentes às condições socioeconômicas, de higiene, estrutura familiar, relações familiares e sociais, rede de cuidados, entre outras, registrando-se situações de risco, presença de agravos e doenças agudas, crônico-degenerativas e contagiosas. Sugere-se o uso de uma Ficha-Guia da Visita Domiciliária para nortear o registro de informações detalhadas que poderão ser sistematicamente utilizadas pelos membros da equipe da ESF no acompanhamento e na avaliação dos casos prioritários e de suas famílias

Durante a visita, todas as situações de risco identificadas devem ser abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores, não havendo necessidade de serem abordados todos os aspectos definidos no planejamento, podendo-se redimensionar a atuação de cada profissional durante a visita, ao serem consideradas as situações identificadas no ato dessa visita.

Nesse momento, valorizam-se as relações interpessoais para possibilitar

aproximação e segurança na abordagem. Considera-se a visita uma oportunidade ímpar para o profissional atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, como parceiro da família, identificando *in loco* as especificidades de cada domicílio, indivíduo e família, podendo assim fortalecer os aspectos positivos e orientar a correção de problemas bem caracterizados durante a visita.

Avaliação da visita domiciliária

É indispensável a instituição de um processo avaliativo de todas as etapas da visita para assegurar o alcance dos objetivos propostos previamente e o cumprimento dos encaminhamentos e cuidados prescritos. Na avaliação da visita devem ser respondidas as seguintes perguntas (25)

- Os objetivos propostos foram atingidos?
- Os pressupostos da visita foram contemplados?
- O preparo para a realização da atividade foi adequado?
- O tempo estimado foi cumprido?

A equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Devem ser considerados 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 a 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.(30) 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.

Pensar e executar a VD de forma sistematizada constitui um desafio, pois a VD é vista muitas vezes como uma tarefa tecnicista e não como uma ferramenta de trabalho da equipe da ESF. Valorizar a subjetividade dos usuários, criando vínculos de corresponsabilização entre os sujeitos, bem como ativar as redes sociais voltadas para a produção do cuidado em saúde são mecanismos de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde.

Nossa equipe discute todos os aspectos relativos à visita e suas observações, a maioria dos casos discutidos são geralmente pacientes com doenças crônicas onde realizamos os planejamentos das vistas com diferentes objetivos a desenvolver. Se considerada 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.

O unidade de saúde se responsabiliza por todos os encaminhamentos e acompanhamentos sistemáticos de cada situação identificada no domicílio. Nas discussões e avaliações dos casos definimos sim tem ou não a necessidade de uma intervenção da equipe matricial presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência. A atenção integral ao paciente ou sua família deve ser garantida por essa equipe responsável pela articulação da referência e da contra referência. É muito importante o contato com o indivíduo e sua família, a equipe identificar a rede de cuidados disponível para se envolver

direta ou indiretamente no apoio às situações de risco, fazer as VD de forma sistematizada como uma ferramenta de trabalho da E.S.F. Valorizamos a subjetividade dos usuários, criando vínculos de corresponsabilização entre os sujeitos, bem como ativar as redes sociais voltadas para a produção do cuidado em saúde são mecanismos de busca da integralidade da assistência e dos serviços de saúde.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

A U.S. F Petrópolis onde eu trabalho esta ubicada em barrio Petrópolis, eu atendo a área 06 tem que conta com uma população de 2523 habitantes, 1157 do sexo masculino e 1366 do sexo feminino com um total de 938 famílias. Todos os pacientes que eu atendo são da zona semi-urbana, as principais causas de consulta são a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças respiratórias e doenças psiquiátricas.

Quando comecei trabalhar no ano 2016 teve que fazer mudanças na organização e agendamentos das consultas principalmente dos pacientes com doenças crônicas que não tinha um planejamento adequado das consultas, os pacientes crônicos não agendavam consulta periodicamente, só vinhão a posto de saúde para renovação de receita.

Com o Programa Mais Médico para Brasil aumento o número de visitas domiciliares com a equipe de saúde da família agendada aos pacientes, programas de prevenção e promoção da saúde nas comunidades. Fazendo trabalho de intervenções nas comunidades para mudar hábitos tóxicos, alimentação, estilos de vida da população, fatores de risco, estratificada de acordo com uma avaliação das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A equipe de saúde tem que interagir com a população e assim criar vínculos na comunidade

Com os Agentes Comunitários de Saúdes, o trabalho começou a ficar mais organizado já que começamos a conhecer e estabelecer as necessidades de saúde da população ascripta com uma melhor avaliação dos principais fatores de riscos, programar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a está população atendida e de prover o cuidado com foco nas pessoas e suas famílias e no contexto de suas culturas e de suas preferências.

As maiores dificuldades em nossa U.S. F são a demora em realização dos exames como Tomografia, ultra-sonografia, radiografia, os exame laboratoriais, assim como o acompanhamento de especialidades como Cardiologista,

Neurologista, que muitas vezes obriga aos pacientes a pagar consulta em clínicas privadas, em ocasiões também a falta de recursos como medicação pelo S.U.S.

O Curso de Especialização da família me ajudou a fazer mudanças em minha prática como Profissional da saúde, já que com os conhecimentos adquiridos nos estudos dos casos clínicos melhoram minha qualidade na atenção à saúde dos pacientes e oferece experiência de outros casos que podem ajudar no dia a dia e assim garantir um melhor atendimento dos usuários, atendimentos equitativos de forma a reduzir as desigualdades injustas e ofertadas de maneira mais humanizada com o objetivo de garantir uma melhor qualidade de vida aos usuários, também um melhor planejamento nas consultas e acompanhamento dos pacientes.

Também o trabalho em conjunto com a equipe básica de saúde no conhecimento dos Protocolos Clínicos de trabalho do Brasil, utilizar os modelos de trabalhos das consultas [Prontuário, Fichas Familiares e Individuais dos pacientes, Referencia e Contra referências, Solicitação de exames laboratoriais entre outros], organização de atendimentos com grupos como [Idosos, Crianças, Doenças crônicas, saúde da Mulher e do Homen, pré-natal], à realização de Planos Terapêuticos para monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades dos usuários e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

Com uma boa Promoção e Prevenção das doenças os profissionais da saúde melhoram a qualidade de vida dos usuários

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200024&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 08 Nov. 2007.
3. DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Villela. Pré-natal care: difficulties experienced by nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 09 Nov. 2007.
4. LIMA, Y.M.S.; MOURA, M.A.V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. Rev. de Pesquisa: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 9, n. 1/2, p. 93-99, 1./2. sem. 2005.
5. FILHO, N. E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: PINTO, Luiz Felipe; MALAFAIA, Magno de Freitas; BORGES, Juliana Aguiar; BACCARO, Antônio; SORANZ, Daniel Ricardo. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. Ciênc. saúde coletiva, Mar 2005, v.10, n.1, pág.205-213.
6. Williamson CS. Nutrition in pregnancy. Nutrition Bulletin. 2006; 31(1):28-59
7. British Nutrition Foundation [*homepage*]. London: BNF; cop. 2008.[atualizado em: 2004; citado em: 2008 Abr 11]. Maternal and Infant Nutrition. Disponível em: <http://www.nutrition.org.uk/home.asp?siteId=43§ionId=394&subSectionId=315&parentSection=299&which=1#1021>.

8. Kaiser L, Allen LH. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108(3):553- 61
9. Food Standards Agency: The pregnancy book [publication]. Northern Ireland; cop. 2001. [citado em: 2008 Abr 17]. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074920.36
10. Food Standards Agency: Eating while you are pregnant [homepage]. London: FSA; cop. 2008. [citado em: 2008 Abr 17]. Disponível em: <http://www.food.gov.uk/aboutus/publications/#branch6>
11. Agency DoHHP. The pregnancy book [publication]. Northern Ireland; cop. 2001.
12. Instituto de Bebidas e Saúde: Cafeína e Café. Matosinhos; 2002. [citado em: 2008 Mai 13]. Disponível em: [http://www.ibesa.pt/gd/?row=2&frmCatalogo=5&frmOrdenar=data_doc&frmPesquisar=.](http://www.ibesa.pt/gd/?row=2&frmCatalogo=5&frmOrdenar=data_doc&frmPesquisar=)
13. Fomin VP, Gibbs SG, Vanam R, Morimiya A, Hurd WW. Effect of magnesium sulfate on contractile force and intracellular calcium concentration in pregnant human myometrium. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194(5):1384-90
14. American Diabetes A. Position statement. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *American Diabetes Association Diabetes Care.* 2007; 30(SUPPL. 1):S42-S47
15. Position of the american dietetic association: Use of nutritive and nonnutritive sweeteners. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104(2):255-75
16. American Diabetes A. Sweeteners & Desserts [website]. ADA. [citado em: 2008 Jun 4]. Disponível em: <http://www.diabetes.org/nutrition-andrecipes/nutrition/sweeteners.jsp>.
17. Carvalheiro M, Albuquerque M. A Alimentação da Grávida Diabética. *Aliment Hum.* 1996; II(2):4-15
18. Kaiser LL, Allen L. Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc.* 2002;102(10):1479-90

19. Institute of Medicine. Nutrition during pregnancy: Part I: Weight Gain, Part II: Nutrient Supplements [livro na internet]. Washington DC; 1990.
21. Gynaecologists RCoOa. Alcohol consumption and the outcomes of pregnancy. 2006. Disponível em:
[http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/alcohol_pregnancy_rcog_statement5a .pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/alcohol_pregnancy_rcog_statement5a.pdf).
22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman: clinical guideline [Internet]. 2008. [citado em: 2008 Abr 11]. Disponível em:
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62fullguideline.pdf>.
23. Albuquerque, A. B. B. *Visita domiciliária como componente do PSF: compreendendo as percepções dos usuários dos serviços do município de Fortaleza (CE)*. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará, Fortaleza, 2006.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. Borba PC, Oliveira RS, Sampaio YPCC. *O PSF na prática: organizando o serviço*. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

29. 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.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

NIURKA ARMAS SUAREZ

Ações em saúde para o controle da hipertensão arterial sistêmica na ESF
Petrópolis, no município de Novo Hamburgo/RS

Porto Alegre 2017

RESUMO

O objetivo deste projeto de intervenção é conscientizar a população sobre os malefícios da hipertensão arterial e estimular mudanças de hábitos de vida saudável na população. Sobre a análise estratégica, desenvolveremos este projeto de intervenção na população assistida pela USF Petrópolis no município de Novo Hamburgo/RS. O universo de pessoas envolvidas será de 256 hipertensos, sendo que em 107 deles a hipertensão arterial é sem controle. Será realizado um projeto de intervenção com o objetivo de promover a promoção e prevenção, aumentar e modificar o conhecimento sobre os fatores de riscos de hipertensão, reforçando a importância de controle da doença, e aclarar dúvidas da população afetada sobre este tema. Para a realização do mesmo nós faremos uma pesquisa sobre o conhecimento desta doença, numa amostra de usuários hipertensos na USF Petrópolis, onde ficarão envolvidos todos os membros da equipe de saúde, que irá revelar o nível de conhecimento do assunto mencionado. Serão ministradas oficinas e aulas utilizando meios de reprodução audiovisuais educativos e entregaremos panfletos e cartilhas educativas sobre o tema. Posteriormente, a pesquisa será aplicada novamente no final do inquérito, para reavaliar o conhecimento dos usuários. Os resultados esperados serão melhorar e modificar o conhecimento sobre a hipertensão arterial em 80%. E busca-se também a diminuição de 50% da incidência de pressão descontrolada entre os usuários hipertensos atendidos.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Taxa de Incidência; Prevalência; Atenção Primária a Saúde.

SUMÁRIO

1. Introdução 4
2. Objetivos 5
 - 2.1 Geral
 - 2.2 Específicos
3. Revisão da literatura 6
4. Metodologia 10
5. Cronograma 13
6. Recursos necessários 14
7. Resultados esperados 15
8. Referências 16

ANEXOS

1- INTRODUÇÃO

A USF Petrópolis do município Novo Hamburgo/RS conta com uma população de 3.041 usuários, deles 256 são hipertensos. Sobre a realidade de população de Petrópolis, nossa unidade tem o fluxo considerável de pacientes, a equipe faz o ótimo trabalho, há um grande número de usuários Hipertensos associados na maioria dos casos com Hipercolesterolemia e Diabetes Mellitus, muitos tomando medicação errada, desconhecimento da doença, além dos fatores de risco e maus hábitos alimentícios, obesidade, sedentários em geral, pelo que a equipe retomou o trabalho na perspectiva de diminuir a incidência.

O principal objetivo é fazer promoção e prevenção de saúde, melhorar a qualidade de vida da população e identificar os determinantes que levam as pessoas a ter uma doença neste caso a Hipertensão Arterial, além de oferecer uma assistência integral. Para garantir assistência integral à população, em comum faz discussão entre os membros da equipe. São realizadas reuniões mensais para organização de objetivos e estratégias e plano de ações sempre encaminhadas a melhorar a saúde da comunidade e população em geral.

Isso motivou o presente trabalho, com a hipótese de que se o usuário hipertenso orientados existirá melhor controle da doença.

2- OBJETIVOS

Objetivo geral

Ações em saúde para melhorar a atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e seu controle na ESF Petrópolis, no município de Novo Hamburgo/RS.

Objetivos específicos

- Identificar os fatores de riscos que fazem possível o incremento de usuários com HAS na área de abrangência;
- Desenvolver ações de educação em saúde para a conscientização da população sobre os riscos da hipertensão arterial;
- Orientar os usuários sobre o uso correto dos medicamentos anti-hipertensivos;
- Promover palestras educativas para a comunidade com nutricionista e educador físico.

3- Revisão de Literatura

A hipertensão arterial é definida como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmhg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmhg (BRASIL, 2006), sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (PASSOS; ASSIS E BARRETO 2006). É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada os outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as conseqüentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

No mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 9,4 milhões de pessoas morrem a cada ano e 1,5 bilhão, adoecem por causa da pressão alta (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

No Brasil mais dos 30% da população de 40 anos e é portadora de hipertensão arterial (ROLIM, 2005). E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Cerca de 40% da população baiana com idade acima de 40 anos tem hipertensão arterial, o que corresponde a cerca de 1,3 milhões de hipertensos. A carga de doenças representada pela morbi-mortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que

determinam um controle muito baixo da Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

Apesar dessas evidências, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. A respeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares. Evidências suficiente demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude (BRASIL, 2006).

O processo saúde-doença e o resultado da interação permanente de caracterizações genéticas, sociais e culturais. O estado da situação da população constitui o objetivo de estudo da saúde pública, expressam as sínteses do momento histórico determinado, o comportamento do processo saúde-doença da comunidade a través do grau de equilíbrio que estabelecem o homem entre si e com a natureza (KROUSEL-WOOD MA, 2009).

O programa Mais Médicos tem como prioridade a Atenção Básica de Saúde, tem como objetivo dar apoio à necessidade social da população, principalmente carente e excluída, com baixos princípios de equidade, universalidade, acessibilidade, gratuidade e transitoriedade (KROUSEL-WOOD MA, 2009).

A melhor alternativa ainda é prevenir o surgimento das complicações, melhorando a qualidade de vida destes pacientes e promovendo o tratamento adequado da hipertensão. O desenvolvimento de ações de promoção de estilos de vida

mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos, são fundamentais no cuidado com pacientes hipertensos. A atenção básica, em especial o Programa de Saúde da Família, tem papel central no sentido da implementação do cuidado integral à hipertensão arterial (Lima SML. 2009).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial a partir da atenção básica. A dinâmica proposta pelo PSF é centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos e hipertensos (PAIVA, 2009).

A priorização do cuidado aos hipertensos é orientada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), que estabelece como responsabilidade dos municípios, as ações estratégicas de saúde, entre elas, o controle da hipertensão arterial (BAPTISTA, 2008).

Alguns hábitos de vida devem ser modificados para se obter uma melhor qualidade de vida além de reduzir agravos à saúde da população. Devem-se dar uma atenção especial os fatores de risco cardiovasculares, os quais poderão perpetuar em complicações (renais, metabólicas, cerebrovasculares, entre outros). Podemos citar como fatores de risco modificáveis: a obesidade, a falta de atividades físicas regulares, tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada com excesso de sódio, conservantes e gorduras, além do estresse (ROSA, 2009).

Sobre a realidade na comunidade de Petrópolis, essa unidade tem o fluxo considerável de pacientes, a equipe faz o ótimo trabalho, há um grande número de usuários hipertensos associados na maioria dos casos com hipercolesterolemia e Diabetes Mellitus, muitos tomando medicação errada, desconhecimento da doença, além dos fatores de risco e maus hábitos alimentícios, obesidade e sedentarismo.

O principal objetivo é fazer promoção e prevenção de saúde, melhorar a qualidade de vida da população e identificar os determinantes que levam as pessoas a ter uma doença neste caso à hipertensão arterial, além de oferecer uma assistência integral.

4- METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção se empregará o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. As etapas desenvolvidas até o momento de priorização dos problemas e escolha deles para elaborar um Plano de Ação, serem: Identificação dos problemas, priorização dos problemas, seleção do problema principal, caracterização desse problema, descrição do problema, explicação do problema, identificação dos nós críticos, desenho de operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano e elaboração do plano operativo.

O plano proposto de intervenção será feito para realizar Ações em saúde para o controle da hipertensão arterial sistêmica na Petrópolis. Município Novo Hamburgo/ RS

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Identificações dos problemas:

Os principais problemas na área de abrangência, que estão identificados são:

1- Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica, sem estratificação de risco cardiovascular.

2- Elevada prevalência de diabéticos e doenças psiquiátricas

3. Alta incidência de gravidez na adolescência

4. Alto índice de desemprego

Priorizações dos Problemas

Todos os problemas têm uma importância alta e a capacidade de enfrentamento é parcial, mas pela urgência deles se decidiu dar a ordem de prioridade como foi representado acima.

Seleção do Problema:

Estabelecemos prioridades acorde aos problemas e concluímos que o principal problema é a alta prevalência de Hipertensos

Caracterização do problema

As doenças crônicas não transmissíveis, e entre elas Hipertensão Arterial, são causas de morte muito frequente na população por não ter em conta as complicações que podem acontecer no caso de não acompanhá-las como deve ser, elas agora compõem um terços de todas as morte do mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização.

Com um bom controle do todos os fatores de risco que afetam à população e principalmente aos pacientes com risco de hipertensão como são a obesidade, o sedentarismo, tabaquismo, uso excessivo de álcool e café, mãos hábitos de alimentação, a gente pode ter melhores resultados e controlar a doença. Por outro lado, existem pacientes que ainda não conhecem que sofrem de Hipertensão Arterial e outro (que são maioria) que tem Hipertensão e acham que estão controlados, com ou sem sintomas e continuam com mãos hábitos de vida o qual pode ser pior para sua evolução.

Descrições do Problema

Na nossa área existe uma população de 2.441 habitantes destes 256 são hipertensos, deles mais do 70% ficam descompensados, conforme dados apresentados (4), “apenas 50% daqueles que conhecem o diagnóstico, realiza o tratamento corretamente”, além disso lembramos que eles moram com as suas famílias e tem os mesmos hábitos de vida e de alimentação, então consideramos que há muitos mais usuários que sofrem do hipertensão, também os pacientes descompensados de forma geral não tem sintomas, descobrindo isso pela pesquisa realizada.

Explicações do problema

Segundo a realidade do problema a equipe tem que trabalhar muito para lograr um impacto direto sobre as causas que determinam o problema, de um jeito prático e oportuno que tenha um resultado lógico sobre a causa.

É preciso lograr que toda a população da área de abrangência chegue ao posto para que seja cadastrada, porque não todos os usuários que solicitam o nosso serviço e pelo fato duma doença crônica para seu controle, é mais frequente por alguma demanda espontânea. Nesse momento e feita à pesquisa principalmente naqueles que estão assintomáticos e ficam com fatores de risco que de para nos suspeitar da doença

E por isso que tem que ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

5- CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Acões	fevereiro 2017	março 2017	Abril 2017	Maió 2017	Junho 2017	Julho 2017
Elaboração e apresentação do projeto de intervenção	xx	xx				
Capacitação de equipe de saúde da família.		xx				
Seleção dos Hipertensos cadastrados.			xx			
Pesquisa inicial dos conhecimentos sobre HAS			xx			
Desenvolver ações de educação em saúde /Hipertensão arterial.				xx		
Monitoramento das Ações					xx	
Pesquisa final dos conhecimentos alcançados					xx	xx
Discussão e avaliação final do projeto de intervenção						xx

6- RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a elaboração deste trabalho contaremos com a ajuda das seguintes pessoas: equipe de saúde da USF Petrópolis do município de Novo Hamburgo/RS (médico, enfermeira, odontóloga, psicóloga, agentes comunitários, motorista, secretaria dela unidade de saúde, líderes da comunidade), também precisamos de lápis, rascunho, caneta, folhas, calculadora, telefone, transporte, folhetos educativos, camisinhas, computadores, esfigmo e estetô.

7- Resultados esperados

Com a realização deste projeto pretende se reorganizar as ações de educação em saúde realizadas pela Unidade de saúde familiar, incrementando os conhecimentos sobre Hipertensão Arterial a fim de que se possa lograr uma redução significativa dos fatores de risco, e controle sobre a HAS e evitar as complicações.

8- REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional Epidem Sev Saúde v.15, n.1, p. 35-45, 2006.

V DIRERIZES BRASILERAS DE HIPERTENCAO ARTERIAL (VI DBH). Arq Brás Cardiol 2006.

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DE SAUDE. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/prevencao/mosinfo.cfm?codigodest=216>

ROLIM N, BRUM P. Efeitos do tratamento físico aeróbio na hipertensão arterial. Hipertensão. 2005; 8 (1): 35-7

KROUSEI-WOOD, et to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. Méd. Clin North Am. 2009; 93(3): 753-69.

LIMA SML, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009; 25.

PAIVA DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006;22.

BAPTISTA EKK, Marcon SS, Souza RKT. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008;24.

ROSA MLG, et al. Pré-hipertensão arterial e pressão de pulso aumentada em adolescentes: prevalência e fatores associados. Arq Brás Cardiol [Internet]. 2006 [citado 05 Jan 2009];87.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO DE PARTICIPANTES

O objetivo deste projeto de intervenção é conscientizar a população sobre os malefícios da hipertensão arterial e estimular mudanças de hábitos de vida saudável na população

Data: _____ Hora: _____

Lugar de entrevista: _____

Idade: Escolaridade: _____ Religião: _____

Idade: ____ sexo: ____ Estado Civil: _____ Raça: _____

História de doença familiar _____

Dados Físicos

Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____

Pa: _____ Fc: _____

1- Que conhece sobre lá hipertensão arterial?

2-Doença associadas

Diabetes mellitus: _____

Hiperlipidemias: _____

Outras _____

3- Ocupação

Empregado: ____

Desempregado: ____

Operário: ____

Artesão: ____

Outras: _____

4-Escolaridade

Iletrado: _____

Primária: _____

Secundária: _____

Superior _____

5- Hábitos tóxicos:

Alcoolismo: _____

Fumante: _____:

Drogadicção: _____

6- Atividades Física

Sedentarismo: _____

Desporto: __

7- Alimentação balanceada _____

8 -Tratamento:

9- Tem recebido Tratamento? _____

10- Existe algum controle médico? _____

11- Quem lhe administra a medicação? _____

12- Que medicamentos toma no tratamento? _____

13- Algum medicamento produziu-lhe moléstias? _____

14- Quanto tempo tem com o tratamento? _____

15- Que resultados tem tido com o tratamento? _____