

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

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

INFORME FINAL DO PORTFÓLIO

TÍTULO: Proposta de trabalho em saúde da família

Autor: Médica. Yaipsa Giraud Alfonso.

Trabalho de conclusão do curso, apresentado à Universidade Federal de Porto Alegre (UFCSPA), como requisito para obter o nível de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador: Prof.Fabio Fraga de Carvalho. Médico especialista em Saúde da Família e Comunidade.



Sergipe 2018

Sumário

	Páginas
1. Capítulo 1: Introdução	3
2. Capítulo 2: Atividade 2	5
3. Capítulo 3: Atividade 3.....	12
4. Capítulo 4: Atividade 4.....	16
5. Capítulo 5: Atividade 5.....	19
6. Referências.....	24
7. Anexos.....	25

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

Meu nome é Yaipsa Giraud Alfonso, sou médica cubana; formada em medicina em 1996, e de especialista em Medicina Geral no ano 2000, tenho ademais cursos de pós-graduação em ultra-sografia, atenção á mulher, atenção á criança, e em epidemiologia.

Eu trabalho na atenção primária de saúde desde a minha graduação, adoro trabalhar na atenção primária, porque me dá a oportunidade de interagir diretamente com a comunidade, me permite realizar ações de promoção e prevenção da saúde, evitando assim que nossos pacientes sofram de doenças crônicas não transmissível e transmissível, concordando que o atendimento primário é o primeiro nível de atenção no sistema de saúde, caracterizado por sua integridade, concordando que a atenção primária é o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde caracterizada pela longitudinalidade e integralidade da atenção e coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde; o seja a atenção primária é o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.

Estou desenvolvendo meu trabalho no município Nossa Senhora do Socorro, no estado Sergipe, é um município que tem 172.547 habitantes, sua economia, é baseada principalmente na indústria, e os serviços. Quanto aos habitantes 48,68 % são homens e são mulheres 51,32%; a população cresce cerca de 2.5 % por ano, e a esperança de vida ao nascer é de 60 e 72 para mulheres e de 60 e 70 para homens. No município, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbidade e mortalidade.

Eu trabalho na UBS José Alves dos Santos, do município, minha equipe de trabalho é o número 20, nossa área de trabalho está localizada no Conjunto Marcos Freire 3, com uma população de 2900 habitantes, minha equipe de saúde, é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, uma assistente de odontologia e quatro agentes comunitários de saúde, temos uma agenda de trabalho feita entre todos os membros da equipe de saúde , onde procuramos cobrir as

necessidades de saúde da população, priorizamos o trabalho com os diferentes grupos: hipertensos, diabéticos, grávidas, crianças de 0 a 2 anos, saúde mental, realizamos o trabalho de prevenção e promoção da saúde na comunidade e unidade de saúde, visitas domiciliares, além de deixar cobertura para atendimento de pacientes com demanda espontânea e emergências.

Nossa área é urbana, com uma estrutura de alojamento geralmente com boa qualidade de construção, ruas bem pavimentadas, é uma zona calma, onde muitos dos pacientes trabalham na indústria, há mercados, creches, escolas, ginásios, há um conjunto para esportes que trabalha em conjunto com a UBS, promovendo práticas saudáveis de saúde.

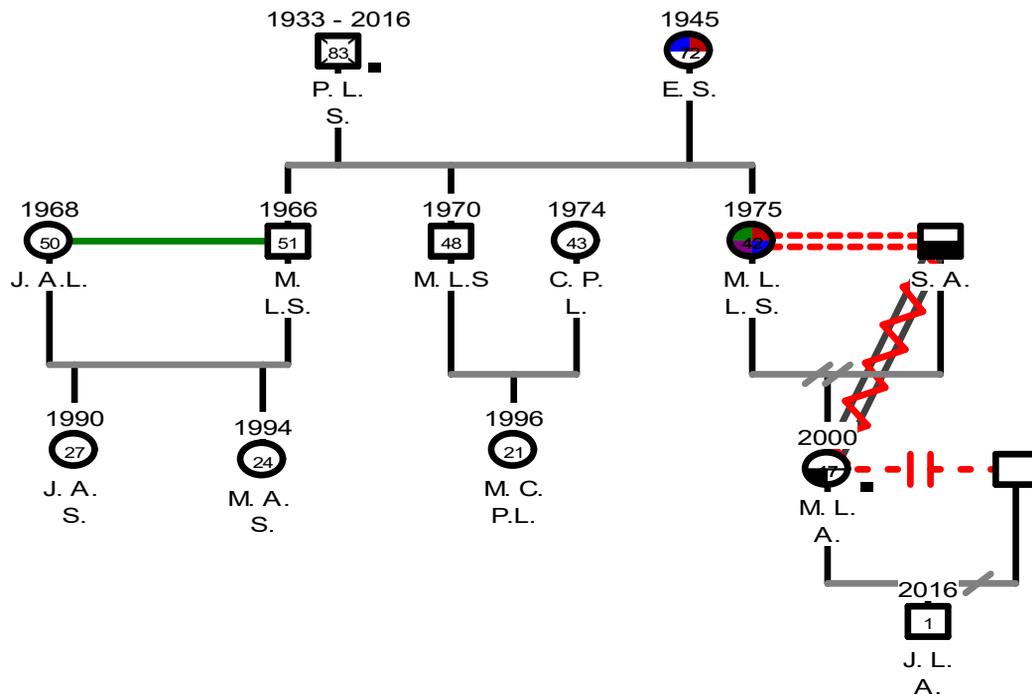
As doenças transmissíveis mais comuns são diarreia, parasitoses, dengue, e as infecções respiratórias agudas que têm alta incidência na demanda espontânea da UBS e ESF. Em doenças crônicas não transmissíveis, temos uma alta incidência de pacientes com hipertensão, diabetes, obesidade, entre os fatores de risco mais frequentes, temos o uso excessivo de álcool, maus hábitos alimentares.

Quando fazemos um estudo dos principais problemas de saúde na comunidade, percebemos que a Hipertensão Arterial com seus fatores de risco associados e complicações tem alta incidência na população, pelo que decidi fazer o projeto de intervenção sobre este tema, com o objetivo de desenvolver um projeto de intervenção familiar para identificar os principais fatores de risco, propiciar a promoção, prevenção em saúde sobre a doença, e corrigir a falta de adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos da equipe de saúde; com este trabalho esperamos elevar os conhecimentos deles e a equipe de trabalho sobre o controle da doença, a importância das mudanças no estilo de vida para lograr o controle da doença e evitar assim suas complicações, melhorando a qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, aumentar a qualidade das atividades dos grupos, e melhorar a relação dos usuários com a equipe.

Capítulo 2

Atividade 2 relacionada aos casos 1-10

Genograma



Leyenda:

E.S: Hipertensão Arterial, Depressão, DPOC.

M.L.L.S: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Obesidade, Depressão.

M.L.A: Consumo de drogas.

Para realizar a atividade 2 do portfólio decidi apresentar o caso da família

L.S:

A família é formada por um casal Sr. P.S e a Sra. E.S , o homem morreu há um ano, sofreu um infarto agudo do miocárdio. Eles tiveram três filhos, dois homens que vivem com suas famílias e uma filha que mora com a Sra. E.S.

A senhora E.S de 72 anos, ela sofre de Hipertensão Arterial há 12 anos e toma tratamento: Enalapril (20 mg) 01 comprimido ao dia, é obesa, ficava com cifras de pressão arterial elevadas, sim lograr a compensação , depois da morte de seu esposo ficou em depressão, tem tratamento com Amitriptilina (25 mg) 02 comprimidos na noite, e Diazepam (10mg) 01 comprimido na manhã, além disso a paciente é fumante pelo que sofre de DPOC, apresenta ademais manchas na pele de vários meses de evolução, ela não comparece as consultas de acompanhamento na UBS; com ela moram uma filha, uma neta, e um bisneto, M.L.L.S de 44 anos de idade, divorciada que sofre de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e obesidade toma tratamento: Losartana Potássica (50 mg) 01 comprimido ao dia, e Metformina (850mg) 01 comprimido em almoço, trabalha como vendedora numa pizzaria, não comparece ao acompanhamento na UBS, relata ter depressão e que em ocasiões toma Amitriptilina o remédio que toma sua mãe para se sentir melhor, refere um notável aumento de peso sem explicação, que a lingua e rosto incham e seus tornozelos também, nota-se um linguagem muito devagar e um pensamento lento; sua filha M.L.A de 17 anos de idade mãe solteira, adolescente, com o antecedente de consumo de drogas sem um acompanhamento por Psiquiatria, não completou o tratamento no grupo anti-drogas, e J.L.A de 1 ano de idade, a criança tampouco é levada ao acompanhamento pela ESF, tem o esquema de vacinação atrasado, não apresenta problemas de saúde.

Minha equipe de trabalho decidiu realizar um projeto terapêutico singular para um melhor acompanhamento desta família

Projeto Terapêutico Singular

PLANO:

Objetivo: Realizar o atendimento geral, integral, contínuo, e coordenado com os diferentes níveis de atendimento, centrado nas pessoas, na família e a comunidade, sempre com um olhar de risco e enfoque epidemiológico para de forma efetiva dar solução aos problemas de saúde individual e familiar que apresenta a família Limas dos Santos, propiciando uma maior qualidade de vida.

Ações de curto prazo:

- ❖ Agendar consulta individualizada para cada membro da família, com o objetivo de definir o estado clínico individual e indicar exames laboratoriais precisos para a confirmação diagnóstica e tratamento adequado.
- ❖ Incluindo a toda a equipe, na avaliação de todos os programas prioritários como vacinação, câncer cervicouterino, mamas, saúde bucal.

I. Enquanto a E.S desenhamos para ela o seguinte plano terapêutico:

- a) Agendar a consulta na segunda-feira, dia que a equipe trabalha com o grupo de hipertensos e diabéticos .

Responsável: ACS.

- b) Realizar um exame médico exaustivo enfatizando os sistemas respiratórios e cardiovascular, especificando também o exame das lesões na pele, verificar a sensibilidade nas lesões, comprometimento dos nervos periféricos.

Responsável: Médico - Enfermeira.

- c) Indicar exames: hemograma completo, coagulograma completo, estudos da função hepática e renal, dosagem de cálcio, potássio, sódio, lipidograma total, glicemia, electrocardiograma, ultra-sonografia abdominal total, sumário de urina, radiografia de tórax, se no exame das lesões da pele suspeitamos uma possível hanseníase, indicamos a baciloscopia.

Responsável:Médico.

- d) Aumentar a dose de Enalapril (20 mg) a 01 comprimido de 12 em 12 horas e agregar um diurético Hidroclorotiazida (25mg) 01 comprimido ao dia.

Responsável:Médico.

- e) Encaminhar para o pneumologista para avaliar a função respiratória e manter acompanhamento conjunto.

Responsável: Médico - Enfermeira.

- f) Manejar melhor o tratamento da depressão, solicitando avaliação pela equipe de saúde mental e psiquiatria, descontinuar o uso de Diazepam, pois para ela não é a melhor escolha também que o mesmo é depressor do centro respiratório a nível bulbar.

Responsável: Médico - Enfermeira.

- g) Solicitar avaliação pelo nutricionista e manter acompanhamento conjunto.

Responsável:Médico - Enfermeira.

- h) Lograr a incorporação de E.S ao grupo de Hipertensão arterial onde ela receberá orientações importantes para alcançar mudanças em seu estilo de vida, uma melhor adesão ao tratamento.

Responsável : ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

- i) Lograr a incorporação de E.S ao grupo de socialização.

Responsável : ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

II.- Na abordagem de M.L.L.S, nós desenhamos para ela o seguinte plano terapêutico:

- a). Agendar a consulta na segunda-feira, dia que a equipe trabalha com o grupo de hipertensos e diabéticos.

Responsável: ACS.

- b). Realizar um exame médico exaustivo enfatizando o cardiovascular, sistema venoso periférico e indicar exames: estudo da função renal, hepática, hemograma completo, glicemia, hemoglobina glicosilada, coagulograma completo, dosagem de cálcio, potássio, sódio, lipidograma total, ECG, ultra-sonografia abdominal total, sumário de urina.

Responsável: Médico - Enfermeira.

c). Indicar testes para avaliar a função tireoidiana (determinação de tiroxina livre T4,dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH), ultra-sonografia da tireóides, já que sua condição clínica de edema no rosto e tornozelo, bradilalia, bradipsiquia, é característica do hipotireoidismo.

Responsável: Médico.

d). Reajustar seu tratamento da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial para lograr seu controle metabólico.

Responsável: Médico.

e). Lograr a incorporação de M.L.L.S ao grupo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, onde ela eceberá orientações importantes para alcançar mudanças em seu estilo de vida, uma melhor adesão ao tratamento.

Responsável : ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

f). Solicitar avaliação pelo equipe de saúde mental e psiquiatra.

Responsável: Médico - Enfermeira

g). Solicitar avaliação pelo nutricionista e manter acompanhamento conjunto.

Responsável: Médico - Enfermeira.

h). Evitar automedicação.

Responsável: Paciente.

III.- Na abordagem de M.L.A nós desenhamos para ela o seguinte plano terapêutico:

a. Agendar para avaliação na consulta de planejamento familiar.

Responsável: ACS.

b. Alcançar a incorporação de M.L.A ao grupo de antidroga e psicoterapêutico novamente.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

c. Brindar palestras sobre os efeitos das drogas na saúde e a família, sobre os métodos contraceptivos, e as DST.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

IV.- No caso de J.L.A, propomos:

➤ Atualização do esquema de vacinação, e agendar para o acompanhamento em

consultas de puericultura.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

V.-. Outras ações importantes de curto e médio prazo:

a) Planejar dinâmica familiar com o objetivo de orientar a família na mudanças no estilo de vida, importância da adesão aos tratamentos, do acompanhamento pela ESF, participação nos grupos de HIPER-DIA, psicoterapêuticos e outros o que ajudaria a melhorar a qualidade de vida da família.

Responsável: ESF.

b) Melhorar e aumentar as consulta de planejamento familiar, que apresenta irregularidades em nossa USB.

Responsável: A ESF.

c). Aumentar a vigilância epidemiológica na área, com pesquisa ativa e passiva de casos que podem ter Doenças crônicas não transmissíveis.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem

d) Aumentar a vigilância epidemiológica na área, com pesquisa ativa da Hanseníase já que temos casos novos diagnosticados.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem

e) Capacitar aos profissionais, agentes de saúde sobre os principais sintomas de Hanseníase, as lesões cutâneas que podem ser encontradas.

Responsável: Médico, Enfermeira.

f) Aumentar o trabalho com os adolescentes na comunidade, dando palestras sobre toxicodependência, alcoolismo, DST , métodos contraceptivo.

Responsável: ACS, Médico, Enfermeira, Enfermagem.

Responsável pelo cumprimento das ações a equipe de saúde, com seu trabalho conjunto.

O PTS planejado foi realizado alcançando o atendimento e acompanhamento pela ESF dos membros da família L.S com resultados satisfatórios.

A senhora E.S logrou compensar a pressão arterial com o tratamento indicado, nos resultados dos exames mostraram um aumento no colesterol e indicamos o tratamento, a baciloscopia foi negativa; é acompanhada pelo psiquiatria em conjunto

com a ESF, frequenta os grupo de HIPER-DIA , foi avaliada pelo nutricionista, atingindo uma diminuição no peso corporal e tabaquismo, uma melhor adesão ao tratamento, melhoria dos sintomas respiratórios; ainda não foi avaliada pelo pneumologista.

M.L.L.S foi diagnosticada com hipotireoidismo, e apresenta lesões nodulares no lóbulo direito da tireoide leva acompanhamento com endocrinologia em conjunto com a ESF , os valores de pressão arterial e glicemia foram compensados aumentamos a dose do tratamento com Metformina (850 mg) 01 comprimido após o café de manhã, almoço e jantar, Losartana Potássica (50 mg) 01 comprimido de 12 em 12 horas, Hidroclorotiazida (25 mg) 01 comprimido ao dia, pelo alto risco cardiovascular indicamos AAS (100 mg) 01 comprimido após almoço, para o Hipotireoidismo foi indicado Levotiroxina Sódica (50 mcg) 02 comprimidos ao dia. Ainda não conseguimos a incorporação dela no grupo. Foi avaliada em consulta de psicologia, e pelo nutricionista, comparece às consultas de acompanhamento pela ESF.

M.L.A está em acompanhamento na consulta de planejamento familiar, e psiquiatria, participa no grupo psicoterapêutico.

J.L.A é acompanhado pela ESF nas consultas de puericultura, já tem o esquema de vacinação atualizado.

A equipe deve planejar ações conjuntas voltadas para indivíduos e a família com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de nossa população e da atenção médica, o trabalho da equipe deve ser baseado nas necessidades dos usuários, com integralidade das ações e interdisciplinaridade.O apoio matricial recebido foi muito importante na solução e na melhoria dos problemas da saúde da família L.S.

Ainda temos que continuar trabalhando para alcançar todos os objetivos propostos no projeto.

Capítulo 3

Atividade relacionada aos casos 11,13,14,15,16,17,19,20

Quando comecei a trabalhar na Unidade Básica de Saúde José Alves dos Santos, nas primeiras semanas percebi que a agenda de trabalho, incluía apenas a demanda espontânea na sessão da manhã e a atenção aos grupos de hipertensos e diabético , mulheres grávidas, crianças de 0 a 2 anos na sessão da tarde, e só uma sessão de visita domiciliar por mês; o que foi a minha primeira preocupação, e perguntei à minha enfermeira, quando a equipe de saúde trabalhava com a comunidade?, nosso trabalho foi enquadrado apenas no consultório , quando o trabalho com a comunidade, as atividades de promoção e prevenção da saúde são nosso eixo fundamental, nossa ferramenta para melhorar a qualidade de vida de nossa população; foi necessário mudar essa visão porque nosso principal papel como profissionais de atenção primária é a promoção e prevenção da saúde na comunidade, o trabalho com grupos de risco, com pacientes com doenças crônicas, mulheres grávidas , crianças, a luta diária contra a toxicodependência, violência contra as mulheres, abuso infantil; as visitas domiciliares deveriam ser feitas com mais frequência; então decidi mudar gradualmente essa visão, e eu propus começar o trabalho com grupos hipertensos e diabéticos, no início foi difícil, mas ao longo dos meses conseguimos resgatar o eixo fundamental do nosso trabalho , e hoje estamos trabalhando com diferentes grupos, como mulheres grávidas, saúde da mulher, grupos de apoio para pacientes de saúde mental; temos o apoio matricial, sendo de muita ajuda no acompanhamento adequado dos pacientes.

Nos primeiros meses, muitos pacientes hipertensos, diabéticos e de saúde mental chegaram à consulta, pedindo para renovar a receita de seus medicamentos, eu estava tentando mudar e começar a dar outra abordagem às consultas, eles eram impacientes, muitos deles com pressão arterial alta e altos níveis de glicemia, na anamnese percebi que eles não tinham conhecimento das necessidades de mudanças em seu estilo de vida, cumprimento do tratamento conforme o indicado, desconheciam sua doença e as complicações que a descompensação poderia causar; esses foram elementos que levaram as primeiras reuniões da equipe a perceber a necessidade de trabalhar com os grupos, que a agenda não só pode ser

formada para o trabalho dentro da unidade de saúde, que deve incluir o trabalho comunitário. Em uma das reuniões, discuti as principais características da atenção básica e cito:

"A atenção básica pode ser caracterizada como: um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde- ações que devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe.....(BRASIL.,2010a,p08)".

Tem sido uma luta árdua, para implementar meus critérios, mas com o trabalho diário, os resultados obtidos com o trabalho, com os diferentes grupos, tantos membros da equipe de trabalho e os pacientes têm aceitado e apoiado as diferentes ações para melhorar a qualidade dos nossos pacientes e da comunidade em geral.

Com o estudo de casos clínicos complexos do 11 ao 20, consegui aprofundar meu conhecimento sobre diferentes doenças crônicas não transmissíveis como: Diabetes Mellitus, Cardiopatia Isquêmica, Hipertensão Arterial, Saúde Mental, também sobre os protocolos de atendimento de doenças transmissíveis, puericultura e pré-natal.

O caso de Samuel, paciente masculino de 48 anos, que sofre de Diabetes Mellitus Tipo 2, é obeso, leva tratamento com Metformina irregularmente, com um padrão alimentar inadequado, consumidor de drogas, que apresenta disfunção erétil, e, além disso, a tristeza pela perda de seu filho; lembrei o Sr. P.A, um paciente de 58 anos de idade, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão Arterial, ele não tomava o tratamento, compareceu a consulta pela queixa da disfunção erétil, formigamento nas mãos e nos pés, e depressão; ele estava muito preocupado com a disfunção erétil, e ele queria que eu prescrevesse uma medicação para esse problema.

Foi um caso um tanto difícil porque o paciente não queria entender que seu principal problema era a descompensação das doenças crônicas, que para resolver o problema que mais lhe preocupava, deveria compensar sua glicemia, e pressão arterial. Embora P.A seja um paciente difícil, propus a equipe planejar um projeto terapêutico singular, entre as ações propostas que realizamos foram: consulta

médica onde realizei um exame físico enfatizando os sistemas venoso periférico, cardiovascular, indicamos os exames correspondentes, agendamos consulta para acompanhamento continuado até a compensação da glicemia e pressão arterial, avaliação de todos os programas prioritários como vacinação, câncer de próstata, saúde bucal, realizar um tratamento multidisciplinar em conjunto com o NASF, reajuste das doses de medicamentos, enfatizamos as orientações preventivas como a importância da mudança do estilo de vida, alimentação saudável, diminuição do peso corporal, realização de atividades físicas regular, nós avaliamos o paciente com a equipe de saúde mental, para um melhor acompanhamento da depressão.

Foi um trabalho de várias semanas, mas com o trabalho conjunto da equipe de saúde e da família, conseguimos a compensação da glicemia e a pressão arterial, a incorporação de P.A ao grupo de hipertensão e diabetes, a mudança no estilo de vida com a diminuição do peso corporal, alimentação saudável, melhor adesão ao tratamento, o paciente é mantido com um acompanhamento conjunto da ESF e a Equipe de Saúde Mental, melhorou a disfunção erétil, sem necessidade de tratamento com medicamentos.

Às vezes, não percebemos a importância de nossas ações como médicos da atenção primária e esquecemos que a nossa ferramenta fundamental no trabalho do dia a dia, é a educação, promoção, e prevenção da saúde, devemos olhar ao paciente sempre com um enfoque biopsicosocial para de forma efetiva dar solução aos problemas de saúde individual e da família.

Na prática diária vemos casos muito semelhantes à Josefa de 18 anos, com gravidez não desejada e não planejada, que compareceu à primeira consulta pré-natal com 25 semanas, o que atenta com o bom seguimento pré-natal, pela realização tardia dos exames pré-natais, o que dificulta o diagnóstico precoce de riscos, doenças e agravos que podem ocorrer na gravidez, e colocar em risco a vida da mãe e do futuro bebê.

Ao estudar o caso de Josefa, lembrei do caso de P.S, adolescente de 17 anos de idade, que compareceu a Unidade Básica de Saúde para o atendimento pré-natal, na anamnese a paciente relata que seu parceiro teve uma lesão genital que desapareceu após vários dias, sem tratamento, não precisa quando aconteceu, ela não se lembra de ter tido lesões genitais, nega o uso de camisinha, o teste rápido

para sífilis foi positivo no casal, neste caso, realizamos todas as ações do protocolo em relação à sífilis durante na gravidez, e fornecemos ao casal orientações sobre as DST, a importância do uso da camisinha, P.S começo a participar no grupo de grávidas da equipe, onde fazemos diferentes ações de promoção e prevenção de saúde na gravidez, orientamos sobre as características da gravidez nos três trimestres, alimentação saudável, psicoprofilaxis para o parto, fornecimento do aleitamento materno suas vantagens para o bebê ,a mãe, e a família.

P.S ganho o bebê às 39 semanas e 2 dias, parto normal, sexo masculino, saudável, com VDRL negativa, mantendo seu seguimento serológico segundo os protocolos.

“A assistência à saúde, desenvolvida nas unidades de atenção básica de modelo tradicional, está, em geral, centrada na presença de especialistas, sendo cada um deles responsável pelos problemas relacionados à sua área de atuação. Com processo de trabalho muitas vezes centrado no médico, no modelo assistencial curativo, além da sobrecarga a que esses profissionais, frequentemente, estão expostos, observa-se com frequência o comprometimento das ações preventivas e de promoção à saúde, ambas essenciais à atenção pré-natal”(1).

Capítulo 4

Atividade 4 relacionada aos casos 21-29

Visita domiciliar/Atividade no domicílio

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994. Seu principal propósito foi o de reorganizar a prática da atenção à saúde em um novo contexto, substituindo o antigo modelo tradicional e, conseqüentemente, levar a saúde para mais perto da família com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

A visita domiciliar vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década (2). Uma vez que a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo a promoção e a qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias em seu cotidiano, tem como dever a promoção e a manutenção desta qualidade no ambiente onde estão inseridos, estimulando a participação ativa bem como o empoderamento das famílias nas atividades de manutenção da saúde (3,4) .

A visita domiciliar, como uma das principais ferramentas do PSF, constitui-se em um processo de atenção continuada e integrada, onde podem ser desenvolvidas ações de prevenção, cura e reabilitação, nos permite conhecer as condições de vida e saúde das famílias, detetar, avaliar, apoiar e acompanhar os problemas de saúde do indivíduo e da família, fortalecendo a autonomia e melhorando a qualidade de vida das pessoas, permitindo-nos realizar uma atenção integral e humanizada; é o instrumento ideal para conhecer este ambiente em que a família vive, o lugar onde o homem se alimenta, repousa, ocupa o lugar de lazer e relaciona-se com seus parentes; a equipe deve ganhar a confiança do paciente e sua família, conseguir uma sincera relação, real, ativa, interpessoal que nos permita identificar os diferentes fatores de risco que influenciam o processo saúde-doença poder promover atividades de promoção da saúde, incentivando mudanças no estilo de vida,

estimular práticas de auto-cuidado que permitem à família sua participação ativa neste processo.

Cada vez mais há um aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, muitas vezes porque não são detectadas no tempo e outras, porque há um monitoramento insuficiente dos pacientes, as equipes de saúde não conseguem uma adequada interação médico-paciente - família, que nos permita detectar e agir sobre os diferentes obstáculos que interferem no cumprimento adequado de todas as orientações médicas e acho que a visita domiciliar é uma ferramenta que as equipes de saúde podem usar nestes pacientes para conseguir um melhor acompanhamento, controle da doença, reabilitação, obtenção de apoio familiar que é muito importante para as mudanças no estilo de vida, e uma melhor adesão ao tratamento. A visita domiciliar complementa a integralidade, a longitudinalidade dos cuidados médicos das equipes de saúde para a comunidade, também o apoio das equipes multidisciplinares nos ajuda a obter melhores resultados no acompanhamento desses pacientes.

Com o aumento da população idosa em nosso país e, simultaneamente, com o crescente índice de morbidade de doenças crônico-degenerativas, temos também na comunidade pessoas que são muitas vezes, dependentes e precisam receber cuidados de algum membro da família: o cuidador. **O cuidador domiciliar, ao ver uma pessoa de sua família com doença crônica e impossibilitada de cuidar de si, necessitando de alguém que a ajude, vê-se obrigado a responsabilizar-se por esse cuidado. Essa obrigação é determinada por seus próprios valores e princípios morais, mas também por laços afetivos. Essa escolha é consciente e ditada pela própria situação em que se encontra esse cuidador, ou seja, pelas circunstâncias que permeiam seu mundo familiar (MELLO, 2002).**

A equipe de saúde deve atuar, realizar diversas ações educativas e preventivas que ajudem o cuidador a um melhor atendimento do paciente ou familiar que está a seu cuidado, e também ajudar esse cuidador a cuidar de sua saúde, porque muitas vezes em sua ânsia de cuidar do paciente, eles esquecem de cuidar de si mesmos.

Nos primeiros meses de trabalho na UBS, notei nas consultas agendadas para pacientes hipertensos e nas demandas espontâneas, um grande número de pacientes com HAS descompensada, a partir desta realidade, minha equipe de saúde assumiu a tarefa de realizar diferentes ações para encontrar possíveis causas, dentro das ações fizemos um cronograma de visitas domiciliares aos pacientes mais descompensados, além de ações educativas. Nas visitas domiciliares observamos que a maioria dos pacientes não tinham hábitos ou estilos de vida saudáveis, muitos abandonaram o tratamento e outros não o realizaram corretamente, não tinham o conhecimento adequado da doença e suas complicações. Através das visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde, especialmente pelos agentes da comunidade que participaram na pesquisa ativa de pacientes hipertensos que não compareceram à consulta, aqueles que são resistentes ao cumprimento das orientação médicas e adesão ao tratamento, foi possível identificar os fatores que tornam difícil o controle da pressão arterial em nossa comunidade e nos ajudaram a minimizá-los, a família desempenhou um papel muito importante, nos resultados obtidos com estes grupo de paciente.

A interação da Equipe de Saúde da Família com as famílias e a comunidade é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação, e ações que nos permitem melhorar a qualidade de vida de nossa população, a visita domiciliar é uma atividade que através dela podem ser potencializadas ações desenvolvidas na atenção primária como: universalidade, integralidade, equidade, acesso e continuidade.

Capítulo 5

Reflexão Conclusiva (Atividade 5)

No decorrer do curso, pude conhecer primeiro a História da Saúde Pública no Brasil e sua evolução ao longo dos anos, os principais objetivos, diretrizes do Sistema Nacional de Saúde, que às vezes pensamos não é tão importante quanto a estudar diretamente os casos clínicos, mas este curso me ensinou que devemos conhecer todos os detalhes do sistema de saúde, para entender a importância do nosso trabalho, nossa profissão no desenvolvimento e progresso do país.

Cada caso clínico complexo baseou-se na realidade de nossas comunidades, na situação epidemiológica, nas doenças transmissíveis e não-transmissíveis mais frequentes, nos diferentes fatores de risco, toxicodependência, álcool, situações de violência, urgências e emergências médicas, procedimentos médicos, que nos ajudaram a melhorar a qualidade dos nossos serviços, os casos foram inteligentemente projetados, dando-nos uma abordagem para a realidade das comunidades onde trabalhamos, mostrando o homem como um ser biológico, psicológico e social em constante interação com o meio ambiente.

Cada caso estudado me permitiu identificar os problemas e necessidades de saúde de nossa comunidade, trocar e compartilhar as experiências aprendidas com minha equipe de trabalho, permitiu-me ter uma percepção mais ampla das diferentes situações que enfrentamos no nosso dia-a-dia, desenhe planos e ações terapêuticas voltados para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, para melhorar a qualidade do nosso trabalho, a qualidade de vida e o bem-estar de nossa população, para o qual o curso oferece uma literatura rica e extensiva que facilita a aquisição e a reafirmação do nosso conhecimento.

Casos muito semelhantes aos estudados durante o curso são apresentados no dia a dia em nossas consultas, visitas domiciliares, no trabalho com diferentes grupos, de modo que a discussão, o aprofundamento dos casos, os debates nos fóruns,

conseguiu uma abordagem para a realidade do nosso trabalho, nos deu formas diferentes de resolver casos, nos deu a melhor maneira de aprender que é a nossa prática diária, podendo exercer cada modalidade nos cuidados que oferecemos em cada consulta, seja a demanda espontânea, consultas de puericulturas, pré-natal, pacientes com doenças crônicas, pacientes com DST, nas visitas domiciliares, no trabalho com diferentes grupos, no trabalho com a comunidade.

Posso afirmar que para mim foi uma experiência rica em conhecimento, modo de agir em diferentes situações, o que me ajudou não só do ponto de vista profissional, mas também de um nível pessoal porque me fez pensar, corrigir diferentes ações que humanizaram meu trabalho , meu relacionamento com outros profissionais.

Este curso, em geral, tem sido uma ferramenta fundamental para aprofundar as regras, leis e protocolos médicos do Brasil que me ajudam a melhorar o acompanhamento de meus pacientes e especialmente me ensino a visão de ver o paciente como um todo, de basear minha atenção centrada na pessoa e não apenas na doença, procurar diferentes maneiras para a solução dos problemas de saúde da minha comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população.

Referências

1. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15 Suppl 2:3139-4
2. Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7. 4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
4. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA, et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e formação. In: Ministério da Saúde (BR). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. v. 2. p. 71-80.

ANEXOS

PROJETO DE INTERVENÇÃO

TÍTULO:

Projeto de intervenção familiar para identificar os fatores de risco cardiovascular na comunidade e melhorar o controle pressório dos pacientes hipertensos.



Autor : Médica.Yaipsa Giraud Alfonso.

RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos (12).

Este trabalho propõe a realização de um estudo clínico intervencional, de educação em saúde, a realizar em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cadastrados na equipe 020 da Unidade Básica de saúde (UBS) Jose Alves dos Santos, de Taiçoca do Dentro, município Nossa Senhora do Socorro, estado Sergipe. O trabalho a ser realizado de o mês de Abril do ano 2017 ao mês de Dezembro do ano 2017. Com o objetivo de melhorar o controle dos pacientes com HAS, fazer um trabalho com grupos de pacientes hipertensos, aumentar a adesão da população às mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações, estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciando melhorias na qualidade de vida esse projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população

Todos inicialmente vão ser avaliados em consulta e seguidos trimestralmente. Usaremos um instrumento para preencher os dados que depois nos permitirá avaliar o impacto da intervenção. Para o trabalho em grupo o total de pacientes (48), Subdividiram-se em quatro grupos de 12 integrantes, os que receberam uma atividade de educação para a saúde mensal e uma dinâmica familiar trimestral.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia Saúde da Família e Prevenção Primária.

ABSTRACT

In public health statistics, it can be seen that systemic arterial hypertension (SAH) has a high prevalence and low control rates, and is therefore considered one of the most important public health problems. Cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, which increase progressively with an increase in blood pressure. Adequate control of patients with hypertension should be one of the priorities of Primary Care based on the premise that early diagnosis, proper management and adequate treatment of hypertension are essential for the reduction of adverse cardiovascular events (12).

This study proposes to perform a clinical interventional study of health education to be performed in patients with systemic arterial hypertension (HSH) enrolled in the team 020 of the Basic Health Unit (UBS) Jose Alves dos Santos, from Taiçoca do Dentro, municipality of Nossa Senhora do Socorro, Sergipe state. The work to be carried out from April 2017 to December 2017. In order to improve the control of patients with hypertension, work with groups of hypertensive patients, increase population adherence to changes in lifestyle and correct use of medications, stimulate the subjects' autonomy in relation to their state of health and providing improvements in the quality of life this project intends to contribute significantly to the improvement of the health and life conditions of the population

All will initially be evaluated in consultation and followed quarterly. We will use an instrument to fill in the data that will then allow us to assess the impact of the intervention. For group work, the total number of patients (48) was subdivided into four groups of 12 members, who received a monthly health education activity and a quarterly family dynamics.

Key words: Systemic Arterial Hypertension, Family Health Strategy and Primary Prevention.

Sumário

	Páginas
1. Introdução.....	4
2. Objetivos.....	6
3. Revisão da literatura.....	7
4. Metodologia.....	10
5. Recursos.....	13
6. Cronograma.....	14
7. Resultados Esperados.....	15
8. Referências B.....	16
9. Anexos.....	18

INTRODUÇÃO

Nossa Senhora do Socorro é um município brasileiro do estado de Sergipe, próximo a capital Aracaju, localizado na Região Metropolitana de Sergipe o município tem 172.547mil habitantes, tornando-se o segundo mais populoso do estado.

No município, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbidade e mortalidade.

Estudos realizados no Brasil revelaram que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares, sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. **Em praticamente todas as nações, a prevenção e o controle da HAS trazem implicações importantes e a utilização de novas estratégias e abordagens que identifiquem com mais precisão os indivíduos em situação de risco, oferecem benefícios tanto para o indivíduo com hipertensão, como para a sociedade (9,12).**

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. **A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a doenças cerebrovasculares. Em Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (9,12).**

A prevalência da HAS aumenta com a idade (cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos é hipertensa. Em mulheres, a prevalência da HAS apresenta um aumento significativo após os 50 anos, sendo esta mudança relacionada de forma direta com a menopausa. Com relação à raça, além de ser mais comum em indivíduos afrodescendentes (especialmente em mulheres), a HAS é mais grave e apresenta maior taxa de mortalidade. **A má adesão ao tratamento (incluindo a maior dificuldade de acesso ao atendimento médico) infelizmente adiciona maior risco à raça negra. Outros fatores que contribuem para a HAS são o excessivo consumo de sal e álcool, a obesidade e o sedentarismo (9).**

Mudanças no estilo de vida são recomendadas com entusiasmo na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e económicas dos indivíduos (12). A identificação precoce dos hipertensos e o tratamento eficaz são de grande importância clínica nos planos individual e populacional (9).

Quando fazemos um estudo dos principais problemas de saúde na comunidade, na UBS onde eu atuo, percebemos que a Hipertensão Arterial com seus fatores de risco associados e complicações, tem uma elevada incidência e prevalência, na população; considerando que a Hipertensão Arterial requer acompanhamento e tratamento por toda a vida, envolvendo as medidas farmacológicas e não farmacológicas; decidi fazer o projeto de intervenção sobre este tema. Este estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção familiar para identificar os principais fatores de risco ,propiciar a promoção, prevenção em saúde sobre a doença, e corrigir a falta de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos da equipe de saúde.

Com este trabalho esperamos elevar os conhecimentos dos usuários e a equipe de trabalho sobre o controle da doença, aumentar a qualidade das atividades do grupo e melhorar a relação dos usuários com a equipe.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- ✧ Elaborar um projeto de intervenção familiar para identificar os principais fatores de risco cardiovascular na comunidade e melhorar o controle pressório dos pacientes hipertensos.

Objetivos específicos:

- ✧ Identificar os principais fatores de risco na comunidade.
- ✧ Propiciar a promoção , prevenção em saúde sobre a doença .
- ✧ Corrigir a falta de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos da equipe de saúde.
- ✧ Mostrar o impacto da intervenção.

REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ser conceituada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados. Na prática, a HAS é caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos acima do que é recomendado para uma determinada faixa etária (9).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes problemas da saúde, com uma elevada morbi-mortalidade, pesquisas apontam a prevalência acima do 30% da população adulta. Declarações da Organização Mundial da Saúde (OMS) em abril de 2013 estima-se que a hipertensão afeta hoje 1 de cada 3 pessoas no mundo, ou seja 2 bilhões de pessoas, mais um terço desta desconhece sua condição (12).

No Brasil, pesquisas apontam a prevalência acima de 30%, ou seja, um em cada três brasileiros (25% da população) apresenta hipertensão, atingindo mais de 50% da população na terceira idade e, surpreendentemente, 5% da população de crianças e adolescentes brasileiros. Até 2025, estima-se que o número de hipertensos no país poderá ter aumento de 80%; de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença. E é responsável por 300.000 mortes ao ano (3,5,13).

A hipertensão aumenta o risco de infarto do miocárdio, acidentes, cerebrovasculares e a insuficiência renal, insuficiência cardíaca e retinopatia hipertensiva. O risco de padecer de qualquer destas complicações é maior se a hipertensão não estiver com bom controle (abaixo de 140/90) (7).

A medida da pressão arterial (PA) é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da HAS. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, classificamos os níveis de PA para pessoas com mais de 18 anos de acordo com o que é mostrado na tabela (9,12):

Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica:

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

Os principais fatores de risco para HAS são: a idade, existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos; o gênero e etnia, a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca; o excesso de peso e obesidade, excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens; a ingestão de sal; a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral; o sedentarismo, a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de doenças cerebrovasculares; os fatores socioeconômicos, a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida no Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade; a

genética, contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população; outros fatores de risco cardiovascular que frequentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável (12).

O tratamento da Hipertensão Arterial deve enquadrar dois pilares fundamentais, o tratamento não medicamentoso e o tratamento medicamentoso. O tratamento não medicamentoso é muito importante para o controle da doença, o paciente deve saber conhecer que uma mudança no seu estilo de vida é fundamental, uma alimentação saudável evitando a ingestão excessiva de sal, com o aumento do consumo de verduras, frutas, vegetais, evitar o sedentarismo, a obesidade, realizar exercícios físicos aeróbicos, evitar o consumo excessivo do álcool, o tabaquismo, controlar fatores ambientais que influenciam negativamente a pressão arterial, colaboram para a redução da pressão arterial e para a diminuição do risco cardiovascular. (8,9,12)

Para o tratamento farmacológico existem diferentes grupos de medicamentos que devem ser indicados de acordo com as características de cada paciente: como diuréticos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da convertase (IECA), alfa bloqueador e bloqueadores centrais, bloqueadores do receptor da angiotensina II (ARA II), às vezes é necessário que o médico oriente uma associação de anti-hipertensivos. (5)

Para lograr um ótimo controle da pressão arterial dos paciente é necessário indicar o tratamento correto, o paciente aceitar que a mudança no estilo de vida é essencial para o controle, o médico tem que escolher a medicação ou a combinação de medicamentos ideal para cada caso individualizado, alcançar o controle eficaz da doença, e assim a prevenção de suas complicações. O fortalecimento e a ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são capazes de melhorar o vínculo médico-paciente, e, conseqüentemente, o engajamento do paciente em seu tratamento e na mudança de hábitos de vida (12).

METODOLOGIA

Para a implementação do projeto será realizado um estudo descritivo do tipo transversal e caso-controle , com uma amostra composta por 40 pacientes , dos 242 hipertensos cadastrados pela equipe 20 da Unidade Básica de Saúde José Alves dos Santos , no município Nossa Senhora do Socorro ,estado de Sergipe Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa são:

- Viver na comunidade atendida pela equipe de saúde da família No20.
- Ter o diagnóstico de Hipertensão Arterial.
- Ter condições físicas e mentais para a realização das atividades propostas.
- Estar disposto a participar do estudo.

O estudo será realizado a partir do primeiro de abril/2017 até janeiro/2018.

A Hipertensão arterial é uma doença multifatorial. Ela resulta da interação de fatores genéticos com fatores ambientais. Os fatores ambientais podem ser: dietéticos (obesidade, excesso de sal, excesso de álcool, deficiência de potássio ou de cálcio) ou psico-sociais (tensão mental), acrescenta-se a esses, o avanço da idade, fatores socioeconômicos, sexo, etnia e sedentarismo ; sendo uma doença multifatorial , seu tratamento requer o apoio de uma equipe multidisciplinar, envolvendo, fundamentalmente, não só o controle medicamentoso mas também as mudanças do estilo de vida.

No primeiro momento serão revisadas os prontuários dos pacientes com a ajuda dos agentes de saúde para identificar e selecionar os pacientes a participar.

No segundo momento serão convocados os paciente para reunião com a ESF para falar sobre os objetivos do projeto e os resultados esperados e porque eles foram selecionados para participar, a importância do mesmo , se solicitará o consentimento assinado garantindo assim a autorização para a sua participação na pesquisa.

Se procederá ao agendamento de uma consulta para eles, todas as segundas de 8 am até 12 pm durante todo o mês de abril , cada dia vai receber atendimentos 10 pacientes.

Nesta consulta um interrogatório e exame físico detalhado será realizada para cada paciente , para determinar as possíveis causas que levaram a sofrer a doença, determinação do índice de massa corporal (IMC) , solicitação de exames laboratoriais : (Hemograma completo, colesterol total, HDL, LDL, glicose, triglicérides, enzimas hepáticas, eletrocardiograma (ECG) e outros que o paciente precise , o tratamento farmacológico será avaliado , será feito um questionário aos pacientes , onde cobrimos os objetivos propostos no projeto , que será preenchido por o médico no momento da consulta . Os pacientes vai ser divididos em dois grupos de acordo com os resultados da pesquisa ; a partir deste momento os pacientes serão acompanhados em consulta trimestral ,e serão planejadas as atividades educativas com a utilização da dinâmica de grupo e familiar , com o objetivo de alcançar mudanças do estilo de vida , que serão feitas no auditório da UBS.

Os principais fatores do estilo de vida que avaliam são:

- Peso,
- Alimentação: o consumo de sal , consumo de alimentos ricos em cálcio, em potássio, consumo de gorduras,
- Hábitos tóxicos: tabaquismo, consumo excessivo de álcool ,
- Atividade física aeróbica sistemática, ,entre outros.

Durante os meses de trabalho com o projeto vamos a fazer visitas domiciliares aos participantes com o objetivo de aprender mais sobre seu ambiente familiar e buscar o apoio da família nas mudanças de estilo de vida e tratamento.

No terceiro momento receberam educação em saúde de forma grupal, com a utilização da dinâmica de grupo por ser esta uma das técnicas mais efetivas para lograr mudanças do estilo de vida , nessas reuniões será feita a verificação da pressão arterial, cujos valores serão registrados em cartões-controle individuais de atendimento, serão planejadas atividades educativas onde vamos relacionar temas

sobre a hipertensão arterial , nas reuniões serão desenvolvidas também, atividades direcionadas ao apoio emocional , envolvimento interpessoal, incentivo cultural e participação da família , dentro dos temas propostos temos alimentação saudável , controle do peso corporal , importancia da atividade física , entre outras. As atividades serão feitas todos os meses com uma frequencia quincenal , no horário de 4 a tarde com duração de uma hora , e terminará cada dia com uma caminhada por a área da unidade.

As habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento são elementos essenciais que aprimoram os sistemas de saúde e são necessárias para auxiliar os pacientes com problemas crônicos ; é uma estratégia para evitar tanto o aparecimento como as complicações das doenças crônicas: detecção precoce; aumento da pratica de atividades físicas, redução do tabagismo, e restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis . A prevenção deve ser um componente essencial em toda interação com o paciente e que somente se alcançam resultados positivos para as condições crônicas quando incluem mudanças e atitudes no cuidado de sua saúde com a participação do paciente, da família, da comunidade e a equipe de saúde.

Serão realizadas um total de 16 atividades em grupo , na primeira atividade será feita uma técnica de animação, de modo que cada paciente faça sua apresentação, expressando suas expectativas com o projeto , permitindo assim uma atmosfera amigável e de confiança entre eles.

Na última semana do mês de dezembro do ano 2017 se aplicará a cada participante uma avaliação semelhante, com o uso do mesmo questionário para avaliar os resultados e impacto das intervenções .

RECURSOS

HUMANOS: Médico, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, recepcionista, diretora do centro, farmacêutico, dentista, pessoal de marcação de exames.

MATERIAIS:

Prontuários dos pacientes,

Esfigmomanómetro,

Estetoscópio,

Papel,

Canetas,

Balança,

Requisição para exames laboratoriais,

Sala para realização de dinâmica em grupos,

Equipamento de multimídia,

Transporte,

Calculadora,

Computador,

Pastas.

CRONOGRAMA

Procedimentos	Datas
Revisão da documentação (prontuários para a seleção dos participantes).	Primeira semana de Abril, ano 2017.
Primeiro encontro com os participantes	Primeira semana de Abril, ano 2017.
Consulta de avaliação clínica inicial	Durante todo de Abril, ano 2017.
Atividades em grupos	Quincenal durante todo o ano 2017 começando em Maio.
Dinâmicas familiares	Mensal todo o ano 2017 segundo agenda .
Segunda avaliação clínica dos pacientes	Última semana do mês de dezembro do ano 2017
Avaliação conclusiva do projeto da equipe	Última semana do mês de dezembro do ano 2017
Atividade conclusiva com os pacientes, com reconhecimento.	Última semana do mês de dezembro do ano 2017

RESULTADOS ESPERADOS

- ❖ Incentivar aos participantes as mudanças do estilo de vida para melhorar sua qualidade de vida e o controle ótimo de sua pressão arterial.
- ❖ Demonstrar que com as mudanças do estilo de vida , e o apoio da família , as adequações do tratamento , podemos conseguir o controle da pressão arterial, e reduzir os riscos cardiovasculares (CVC).
- ❖ Aumentar a responsabilidade dos paciente com sua saúde, com a realização do tratamento.
- ❖ Modificação de atitude e preconceitos que influem negativamente em o controle pressórico e a aparição de complicações evitáveis.
- ❖ Compartilhar conhecimentos e experiências .
- ❖ Mostrar as vantagens do trabalho em grupo no controle dos pacientes hipertensos.
- ❖ Estimular o trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Abreu NDC, Moreira TMM. Conhecimento dos pacientes com hipertensão arterial sobre a quantidade de sódio presente nos alimentos. 2014, uftm.edu. Br.
2. Cavalcanti de Albuquerque P, Navarro Stotz E. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Comunic. Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
3. da Silva CS, Janaína S, da Cruz ICF. Qual o melhor exercício para o controle da minha pressão: um relato de experiência. Boletim NEPAE-NESEN, 2014 - uff.br.
4. da Silva I, BudóII MLD, Girardon-Perlini NMO. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. Rev Bras, 2014 - SciELO Brasil.
5. da Silva Junqueira T, Cotta Matriz RMM. De ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação. Revista Ciência & Saúde, 2014 SciELO Brasil.
6. Gazzinelli MF, Andréa Gazzinelli, Dener dos Reis DN, de Mattos Penna CM. Educação saúde conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 21(1): 200-206 jan-fev, 2005
7. IbiapinaDFN, Santos Revista AN. Estilo de vida de pessoas com hipertensão após do desenvolvimento de complicações ligadas à doença. Revista, 2014. uninovafapi.edu. Br.
8. Lopes HF, Barreto-Filho JAS. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Estado de, 2003 - inesul.edu. Br
9. Pinto Pedrosa R, Ferreira L. Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica. Drager medicina net 30/5/10
10. Rocha Almeida E, Botelho Moutinho C, Tavares de Souza Leite M. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. Rio de

janeiro 2005.

11. Simões M, Margrip B, Schimith MD, Santos N, Oliveira dos Santos SA, Dalcin A, et al. A importância Educação em Saúde ÀS pessoas com hipertensão em uma estratégia de saúde da família. Rio de Janeiro 2006.

12. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010.

13. Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2008

14. Strelec M, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença ea atitude frente à tomada do s remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol, 2003 - SciELO Brasil

15. Tavares AP, da Cruz I. Construção de vídeo aula como estratégia de educação em saúde para pacientes hipertensos: relato de experiência. capa v 2n 2013.

16. Thiago Domingos Correa T, Namura JJ, Pontes da Silva CA, Gouveia Castro M, Meneghini A, Ferreira C. Hipertensão arterial sistêmica: atualidade sobre sua epidemiologia diagnostica e tratamento. Arq Med ABC. 2005; 31(2): 91-101.

17. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da Hipertensão, uma nova ótica para um velho problema.

ANEXO

Questionário :

Data: _____
 Nome do paciente: _____
 Endereço: _____
 Idade: _____ Sexo: _____

1.-Pressão arterial _____

2.-Classificação da Hipertensão Arterial.

Estagio 1 _____ Estagio 2 _____ Estagio 3 _____

3.--Fatores de risco e doenças crônicas associadas:

I. Antecedentes familiares cardiovasculares :

Sim _____ Não _____

II. Doenças crônicas associadas:

Diabetes Mellitus tipo I _____ Diabetes Mellitus tipo II _____

Asma brônquica _____

Outras _____

III. Presença de complicações:

Infarto Agudo do miocárdio _____ Doença cerebrovascular _____

Doença Renal _____

Outras _____

IV. Fatores de risco relacionados com a aparição da Hipertensão Arterial:

i. Peso _____ Altura _____ IMC _____

Normo peso _____ Sobrepeso _____ Obesidade _____

ii. Sedentarismo Sim _____ Não _____

iii. Consumo de bebidas alcoólicas com frequencia:

Sim _____ Não _____

iv. Consumo de sódio da dieta diária:

¿Que quantidade de sal comum utiliza em sua família para cozinhar os alimentos do dia?

Equivalente a uma colher de sobremesa raça per capita _____

Maior desta quantidade _____

v. Consume diariamente de frutas y vegetais: Sim ____ Não ____

vi. ¿Consume gorduras em sua alimentação freqüentemente?

Sim ____ Não ____

vii. Hábito de fumar: Sim ____ Não ____

viii. Cifras de colesterol total: _____ HDL: _____ LDL: _____

Triglicérides: _____

Glicose: _____

ECG: _____

Outros exames. _____

4.- Atitude que podem ser causas do não controle:

- Não faz o tratamento não farmacológico: _____
- Faz o tratamento farmacológico mais não como é indicado : _____
- Suspendeu o tratamento medicamentoso: _____
- Consumo freqüente de AINE : _____
- Consumo freqüente de esteróides: _____
- Outras _____

5.- Uso da medicação de eleição Hipertensão Arterial de acordo as características individuais : Sim _____ Não _____

Diabético ____ Asmático ____ Cardiopatia isquêmica _____

Cardiopatías Congênitas ____ Idoso ____ Pele preta ____ Dislipidemias _____

Nefropatia _____ outras _____.

6.- Efeitos adversos:

¿Você acha que alguns dos medicamentos, tomados para a hipertensão lhe provocam sintomas molestos e por decisão própria há deixado de consumir o medicamento? Sim ____ Não ____

Relate os sintomas. _____

7.- ¿Consume outros medicamentos para outras doenças?

Sim ____ Não ____

¿Quais? _____

Minha comunidade.

