



YANET PONCE TORRES

**A VISITA DOMICILIAR NA ESF NICOLAU MADUREIRA, MUNICÍPIO
DE MARAÃ, AM**

**MARAÃ/AM
Janeiro de 2018**



YANET PONCE TORRES

**A VISITA DOMICILIAR NA ESF NICOLAU MADUREIRA, MUNICÍPIO
DE MARAÃ, AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.

Orientador(a): Luiz Farias de Lima Neto.

MARAÃ/AM
Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	05
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	10
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	16
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	19
6	REFERÊNCIAS	20
7	ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO	22

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Yanet Ponce Torres, tenho 31 anos, sou natural de Cuba, fiz Medicina na Universidade de Ciências Médicas de Cienfuegos, em Cuba. Graduei-me com o título de médica no mês de julho de 2010 e atualmente atuo como médica do Programa Mais Médico (PMM) desde julho de 2016 na Unidade Básica de Saúde (UBS) “Nicolau Madureira”, cidade de Maraã, Amazonas.

De acordo com o IBGE (2017), Maraã é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, Região norte do país. Localiza-se cerca de 615 quilômetros a noroeste de Manaus, capital do estado e sua população é de 17528 habitantes. A zona urbana tem 8753 habitantes e a zona rural 8775 habitantes, com uma distribuição por sexo de 9407 homens e 8121 mulheres.

Em relação à saúde, o município conta com um hospital comunitário e 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 2 unidades de Estratégia de Saúde da Família já implantados. A UBS Nicolau Madureira é uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, e é responsável por um bairro com uma população estimada de 2200 pacientes.

A equipe é composta por uma médica cubana do programa Mais Médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma assistente social, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, e uma auxiliar de serviços gerais. Nossa área de abrangência ESF – “02”, tem cobertura de 2200 habitantes.

A maior parte da população sobrevive de vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal, através de cargos efetivos e contratos por tempo determinado, outros possuem vínculo com a pesca e existe um grande número de empregadas domésticas, pequenos comerciantes, e pequenos agricultores.

Em relação as doenças mais prevalentes, encontram-se a Hipertensão e o Diabetes Mellitus, devido aos fatores de risco que predispõem e exacerbam tais patologias, a saber: tabagismo; dislipidemia; sedentarismo; estresse; etilismo; obesidade; maus hábitos alimentares, e o déficit no auto-cuidado. A maior parte da população morre devido a doenças do aparelho circulatório sendo as mais frequentes as doenças cardiovasculares, e a doenças cerebrovasculares, e também morrem por doenças de aparelho respiratório e canceres em menor medida.

Portanto, mediante as doenças crônico-degenerativas emergentes, optei por realizar o Projeto de Intervenção (em anexo) sobre o tema de proposta de intervenção

para adesão ao tratamento de hipertensão na UBS Nicolau Madureira”, no município de Maraã, Amazonas.

Apresentando referência a importância da alteração de hábitos de vida e da promoção da adesão terapêutica na hipertensão arterial, o presente projeto de intervenção pretende ajudar os indivíduos que possuem hipertensão arterial a lidar e a viver melhor com a sua doença, através de intervenções educacionais individuais ou em grupo, através de palestras sobre conhecimento acerca da medicação e da doença.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Este estudo de caso clínico foi realizado mediante rastreamento de hipertensos na UBS Nicolau Madeira, em Maraã, os quais não seguem o tratamento medicamentoso correto, por possuírem hábitos de vida irregulares, com alimentação inadequada, que aumenta o risco para obesidade, ao invés de seguir a conduta médica estipulada.

Para Almeida, Paz e Silva (2011), a assistência aos hipertensos tem desafiado os profissionais de saúde no que se refere à consecução do controle dos níveis tensionais. Assim, mesmo que haja o rastreamento adequado da hipertensão arterial, se o tratamento não for seguindo, há o risco de haver diversas complicações que resultam em doenças cardíacas até mesmo um Acidente Vascular Cerebral, por não ter uma adesão adequada ao tratamento.

Trata-se de um paciente A.S.S, sexo masculino, de 54 anos que veio à consulta médica no dia 02/03/2017 com os dados da triagem:

- PA: 160/100mmHg;
- Peso: 80.100 k g;
- Altura: 1.60m

Diagnosticado com HAS há 20 anos, em tratamento com Losartana Potássica (50 mg) de 12/12 horas, Hidroclorotiazida (25 mg) 1 comprimido de manhã e AAS (100 mg) 1 comprimido ao dia, que muitas vezes esquece, já tem 1 semana que não toma pois acabou o remédio. Além disso, é fumante há mais de 30 anos, trabalha na pesca. Quando questionado sobre queixas, o mesmo refere ter nos últimos dias, dor de cabeça e pescoço e muita tontura. Não está se alimentando corretamente, porque refere apenas jantar, enquanto que no almoço come salgadinhos, refrigerantes e alimentos fritos.

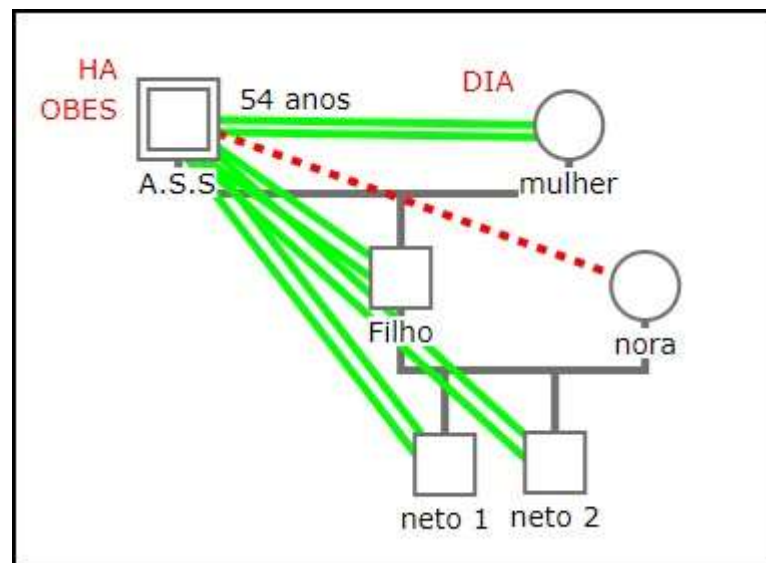
- Histórico pessoal: HAS

- Fator de risco: fumante há 30 anos
- Histórico familiar: pais com Hipertensão Arterial e Cardiopatia.

-Condições de Vida:

- Alimentação: predominantemente carboidrato, refrigerantes e alimentos fritos, pouca fruta e verduras.
- Habitação: morando com sua mulher e um filho, os quais não têm fatores de risco nem doenças crônicas, dos netos filhos deste casal aparentemente saudáveis e a mulher dele que sofre de Diabetes Mellitus. Vive em uma casa mista (madeira e alvenaria), com dois quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro, água encanada.

Figura 1 – Genograma Familiar do paciente



Fonte: Próprio autor

-Exame físico:

Paciente em bom estado geral, orientado, responde ao interrogatório coerente, ausculta cardiovascular normal, PA 160/100 mm Hg, FC 78 bat/min, altura 160 cm e peso 80.1 kg e um IMC de 31.289 Kg/m².

-Condutas imediatas:

Nesse momento foi prescrito captopril (25 mg) sublingual, ficando em observação. Aos 40 minutos, foi aferido novamente a PA, com resultado de 140/90

mm Hg. Após controle da PA, o senhor A.S.S, passou em consulta onde lhe foi orientado sobre a importância do uso regular dos medicamentos hipotensores; respeitar o horário das refeições do dia, reduzir o teor de sal e gorduras nas refeições, evitar ingestão excessiva de farinhas, massas e usar vegetais, legumes, frutas e verdura e, assim como fazer caminhadas, também à importância de evitar o fumo.

PROJETO SINGULAR TERAPÊUTICO

- Lista de problemas:

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Obesidade;
- Fumante.

- Metas para resolver os problemas:

-Hipertensão Arterial: Fazer mapeamento da Pressão Arterial. Em visita domiciliar o ACS deve agendar consulta. Na consulta deve-se levantar o histórico do paciente e monitorar a PA; Marcar retorno para 15 dias. Na consulta médica, realizar exame físico (aferição da PA) e solicitação de exames complementares. Primeiramente ocorreu a orientação quanto a dieta em relação à ingestão de sal, açúcar e gorduras e agendar o retorno no próximo mês.

- Obesidade: Na consulta realizar coleta de dados importantes sobre a qualidade de vida do paciente, se realiza exercícios físicos e quantas vezes por semana; prescrever uma dieta livre de gorduras, sal e açúcar, encaminhar para uma nutricionista. Orientar família a incentivar a prática de exercícios físicos e a perda de peso.

- Fumante: consulta com clínico, orientar quanto a importância de interromper o vício devido a sua situação de saúde, por ser obeso e hipertenso, corre o risco de ter um AVC ou Infarto.

- Divisão de responsabilidades: A divisão de responsabilidades acontece entre a equipe de saúde que atenderá o paciente: Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares; Enfermeira: acolhimento com visitas domiciliares; Marcação de consultas e encaminhamentos; Interação com reuniões e familiares; Médico: Atenderá através da consulta e fornecerá orientações quando necessário. Fará encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção medicamentosa.

- **Avaliação:** Reuniões: ocorrerão reuniões periódicas (duas vezes ao mês) para avaliação das metas planejadas. Se for necessário serão reavaliadas mediante o alcance dos resultados positivos no atendimento ao paciente.

- **Acompanhamento do caso:** Foi solicitado os seguintes exames: Hemograma, Urina, Glicemia de jejum, Colesterol, Triglicérides, Creatinina, Ácido Úrico e encaminhamento com o nutricionista do NASF. Retornar em quinze dias para avaliação.

EVOLUÇÃO DO CASO:

O paciente retornou no dia 16/03/2017 com os dados da triagem:

- PA:140/80mmHg
- Peso:80,10kg
- Altura: 1.60m

O paciente chegou tranquilo, afirmou estar melhorando a cada dia, aderindo ao tratamento, diz sentir-se melhor porque não há mais dor de cabeça nem tontura. Em relação a alimentação, refere está comendo alimentos saudáveis, substituiu-se a gordura animal por vegetal, diminuiu o excesso de sal das comidas e estão consumindo mais frutas e vegetais.

-Resultado dos exames:

- Hematócrito: 40.0 %
- Hemoglobina: 13.2g %
- Plaquetas: 260 000 mm
- Ácido úrico: 4.4 mg/d
- Creatinina sérica: 0.6 mg/dl
- Glicose: 82 mg/dL.
- Triglicerídeos: 155 mg/dl
- Colesterol total: 235 mg/dl
- Urina: normal.

- Exame físico:

Mucosa corada, nega falta de ar, FR 19 rep/min, ausculta cardiovascular normal, PA 140/80 mm Hg, FC 85 bat. /min. De acordo com os resultados dos exames

e histórico pessoal, paciente apresenta HAS descontrolada, com hipercolesterolêmica, obesidade e hábito de fumar.

- Nova conduta:

Fornecer orientações para paciente não esquecer de tomar a medicação anti-hipertensiva ainda tendo valores normais de PA, manter as orientações dietéticas do nutricionista, com alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína), realizar exercícios físicos periodicamente, pelo menos três vezes na semana, fazer caminhadas.

Em relação ao cigarro, paciente foi informado dos riscos que representa para seu estado de saúde atual e o mesmo concordou em ser orientado ao NASF, para tratamento com o psicólogo, para desabituação tabagica.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Sabe-se que a promoção da saúde é a maneira mais eficaz de levar informações da saúde para toda a população atendida, principalmente em relação a prevenção de doenças e agravos. Na Unidade de saúde, essa promoção e prevenção costuma ocorrer através do processo de educação em saúde.

Na introdução deste portfólio e no estudo de caso clínico, foi possível perceber que a hipertensão arterial tem aumentado na população do território adscrito, sendo muito importante de ser realizado uma educação em saúde com a comunidade sobre este tema. Bem certo de que deve ser tratado diversos temas ao longo dos atendimentos, mediante as doenças prevalentes na região.

De acordo com Buss (2010), a promoção da saúde é conceituada como:

Ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e, intra-setorialmente, pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc (BUSS, 2010, p.01).

Observa-se que a promoção da saúde consiste em ações ou estratégias capazes de causar mudanças nos determinantes sociais, ou seja, logo o conceito de prevenção deve ser trabalhado para ser compreendido como estratégia de evitar as doenças que afetam a comunidade.

Os autores Leavell e Clark (1976), descrevem a prevenção como uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença, a fim de tornar improvável o progresso posterior, apresentando três níveis de prevenção:

Figura 1 – Níveis de prevenção em Saúde



Fonte: Próprio autor, 2017.

Como observa-se na figura 1, existe a prevenção primária, a qual está dividida entre promoção da saúde e proteção específica de uma determinada doença; a prevenção secundária, que consiste no diagnóstico e tratamento precoce da doença, junto a limitação da invalidez; a prevenção terciária, com a reabilitação das sequelas deixadas por alguma doença.

Entretanto, existe um conceito recente de prevenção quaternária, definido por Normam e Tesser (2009, p. 2012) como “a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis”.

Certamente, a prevenção quaternária se trata da iatrogenia cometida pelos médicos em insistirem em determinados tratamentos que não melhoram a situação do paciente e acabam por prejudicar seu estado de saúde atual.

Em relação a educação em saúde, os autores Schall e Struchiner (2012), afirmam ainda que se trata de uma forma de prevenção e promoção, mas que engloba mais coisas:

Dessa forma, ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de

adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza). Entretanto, a par dessa noção ampliada de saúde, observando-se a prática, verifica-se que atualmente persistem diversos modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas (Schall; Struchiner, 2012, p.01)

Minha Unidade de saúde tem uma população estimada de 2200 habitantes, esta composta por uma enfermeira, uma médica, uma técnica em enfermagem, seis agentes de saúde, odontólogo, técnica de odontologia. Trabalhamos com o acolhimento e agenda programada pela manhã, e pela tarde. A base para construção da agenda está no reconhecimento do território, diagnóstico de saúde, e demanda, a agenda é compartilhada com a enfermagem.

Figura 1 - Agenda de trabalho da Médica, UBS “Nicolau Madureira”, 2017.

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Consulta Pré-natal (8)	Demanda livre (16)	Consulta preventivo (10)	Visita Domiciliar Consulta programada HIPERDIA (8)	Demanda livre (16) Reunião de Equipe e Discussão de caso.
Tarde	Demanda livre (16)	Dispensa para Curso UNASUS	Demanda livre (16)	Demanda livre (16)	Dispensa para Curso UNASUS

Fonte: Próprio autor, 2017.

Figura 2 - Agenda de trabalho da Enfermeira, UBS “Nicolau Madureira”, 2017.

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Consulta Pré-natal	Planejamento familiar	Visita domiciliar	Consulta preventivo	Puericultura/ Puerperio Reunião de Equipe e Discussão de caso
Tarde	Puericultura (grupo de gestantes)	Consulta Pré-natal	Planejamento familiar	Visita domiciliar	Consulta Pré-natal

Fonte: Próprio autor, 2017.

Na UBS Nicolau Madureira, trabalhamos com a promoção em saúde através da educação em saúde, a qual se dá através de grupos e nas consultas. Mediante a organização do atendimento pelas agendas acima, relacionado a educação em saúde voltada para o pré-natal e o puerpério, temos o grupo de gestantes, no qual são trabalhados diversos temas.

Um exemplo de temas trabalhados, é o desmame precoce, muito comum na minha área de abrangência, sendo as causas mais comuns quase sempre relacionada com a mãe, na qual falam que o bebê chorava muito e seu leite é pouco ou fraco.

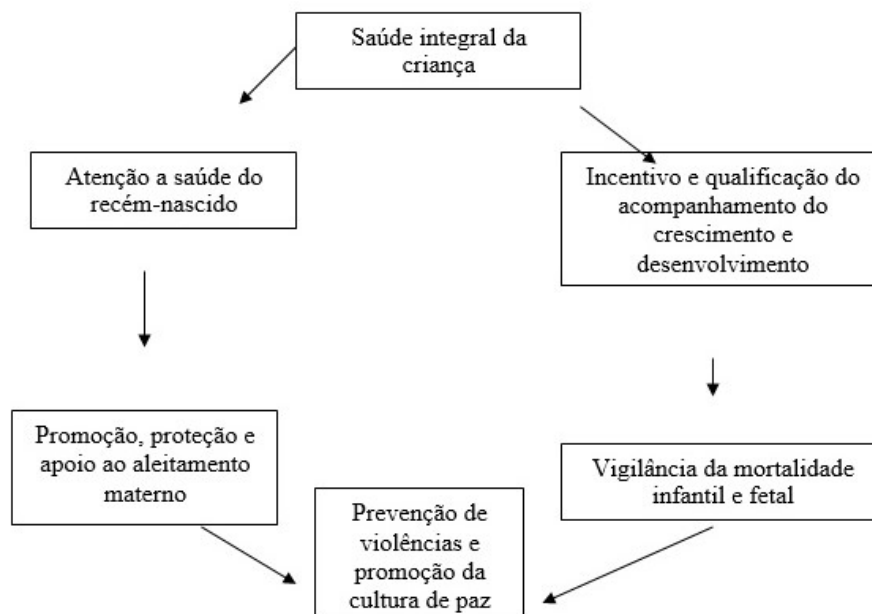
A escolaridade da mãe também afeta em nossa comunidade, pois temos algumas com baixo nível educacional e muitas delas são adolescentes sendo inseguras e encontram-se estudando e também aquelas mães que trabalham fora de casa, e assim seus filhos acabam sendo cuidados pelos avós, que acabam introduzindo outro tipo de alimento, o uso de mamadeiras ou chupetas.

Para evitar o desmame precoce, trabalhamos com todos aqueles fatores de risco, planejando ações educativas que favoreçam o aumento da prática da amamentação e fornecendo orientação adequada sobre a prevenção e o manejo dos principais fatores, assim incentivar e manter o aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida.

Também durante o pré-natal fazemos abordagem sobre a importância da amamentação exclusiva, avaliamos as mamas, orientando para prevenção de problemas com elas. Fazemos atividades de puericultura e reuniões de grupos de gestante onde orientamos sobre como o leite é produzido, os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e qualquer tipo de bico artificial, também o correto posicionamento da criança e pega da aréola, apresentamos guias de como deve ser a amamentação.

Aquelas mães que trabalham ou estudam ensinamos-lhes como realizar a ordenha manual do leite, como guardá-lo e/ou doá-lo; oferecemos apoio emocional e estimulamos a troca de experiências, dedicamos tempo e ouvimos suas dúvidas, preocupações e dificuldades, ajudando assim, a aumentar sua autoconfiança.

De acordo com o Ministério da Saúde, as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. O objetivo das linhas de cuidado da criança é reduzir a mortalidade materna e neonatal e dar continuidade ao desenvolvimento e crescimento infantil (BRASIL, 2010).



Fonte: Ministério da Saúde (2010).

De acordo com Pinto *et al*, (2009), a assistência à criança depende muito da motivação do médico e da equipe multiprofissional, pois estes irão conviver com a família para sensibilizá-la ao cuidado com a criança, passando confiança e respeito durante este processo.

Quando uma criança é atendida na UBS, o profissional de saúde deve ser capaz de identificar sua deficiência nutricional e os fatores que a determinaram, como má alimentação, falta de recursos para a compra de alimentos por parte dos pais, falta de informação sobre qual alimento é importante, enfim, uma série de fatores que quando descobertos proporcionam um tratamento rápido e adequado (FROTA, et al, 2007).

Além disso, fazemos visita domiciliar sobre todo no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança onde orientamos à amamentação. Avaliamos e observamos a mamada em todas as ocasiões de encontro com mães e bebês e reforçamos as orientações dadas no pré-natal, priorizando a importância do aleitamento materno exclusivo por seis meses e a complementação com os alimentos da família até os dois anos de idade ou mais.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

A importância da visita domiciliar está em sua atuação e abordagem familiar, através de um conjunto de atividades de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação que são feitas no domicílio dos pacientes em apoio as famílias.

A definição de visita domiciliar é abordada por diversos autores, em seu contexto voltado para a atenção básica em saúde:

A visita domiciliar consiste numa prática de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitações prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados integrada às redes de atenção à saúde (KLAKONSKI et al, 2015, p.01).

Na minha unidade de saúde, geralmente as visitas domiciliares são solicitadas pelos agentes de saúde, depois de realizar visitas a alguns pacientes, que segundo a valoração integral deste e sua família, seja necessária a visita, seja por técnico de enfermagem, enfermeiro ou médico. Pode ser solicitado também pelos familiares mesmos, oferecendo dados e a informação de por que precisaria a visita e não poderia assistir ao posto em consulta normal.

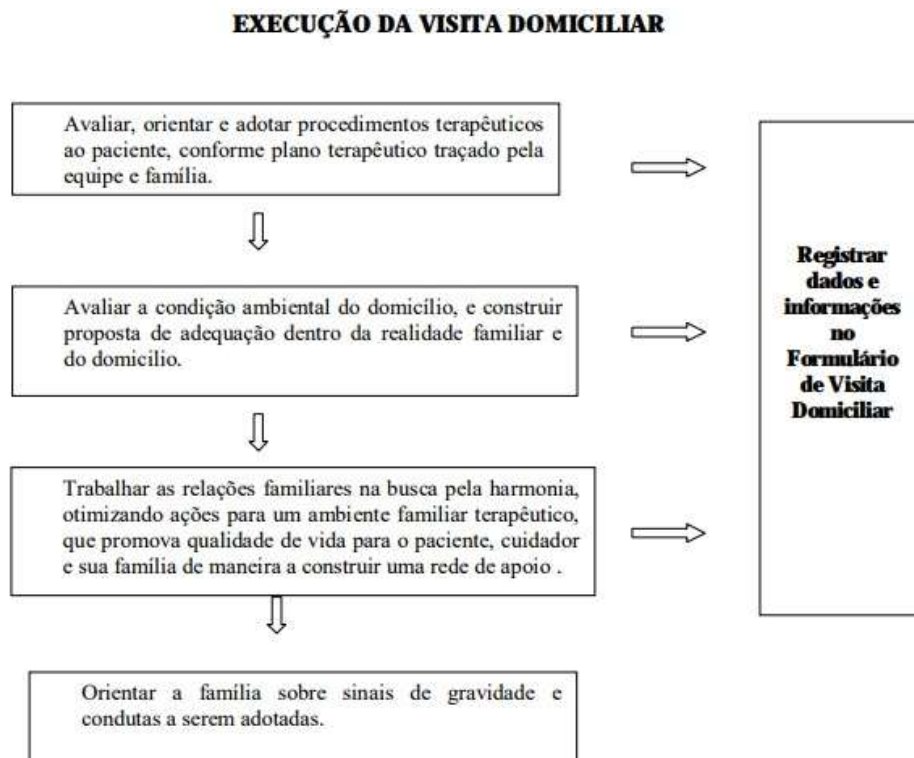
Em minha ESF as visitas domiciliares são feitas todas as segundas feiras de manhã. Existe uma programação entre as agentes comunitárias para realizar o agendamento deste atendimento, mas quando é preciso damos prioridade para os pacientes com mais problemas ou dificuldades nesse momento. Além de existir um dia específico para as visitas existem situações imprevistas que precisam de um atendimento fora do planejamento e também atendemos esses casos de acordo com nossas possibilidades

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), algumas situações que podem justificar assistência domiciliar, são elas:

- Situação de emergência em que o paciente não pode ser transportado rapidamente para o hospital;
- Atendimento de situações ou doenças agudas que incapacitam o paciente a vir até a Unidade de saúde (US);
- Intercorrência dos pacientes crônicos, terminais ou em internação domiciliar;

- Visita periódica para pacientes com incapacidade funcionais, idosos acamados ou que moram sozinhos;
- Visitas aos pacientes egressos hospitalares;
- Confirmação de óbito.

Dessa forma, na Unidade Nicolau Madureira, a visita domiciliar é realizada de acordo com o fluxograma abaixo:



Fonte: Gonzalez e Estorilio (2010).

Essa possibilidade de avaliar o ambiente familiar e comunitário permite realizar ações de promoção, prevenção e educação para a saúde, acompanhar pacientes com doenças crônicas e também doenças transmissíveis, verificar adesão ao tratamento, condições higiênico-sanitárias. Outro aspecto importante é a visita a crianças e gestantes de risco ausentes às consultas. Muitas vezes dados importantes não descobertos nas consultas são encontrados nas visitas, por exemplo, fatores que influem no controle da asma, riscos de acidentes, etc.

Na equipe de ESF, realizamos visitas no domicílio todas as semanas. Temos vários pacientes em condição de acamados, ou que tem doenças que dificultam sua

ida até o posto de saúde para serem acompanhados. A equipe tem a identificação dos casos e estabelece uma ordem de visitas e periodicidade segundo o estado clínico do paciente ou algum outro risco potencialmente elevado que pode interferir com piora da sua saúde.

Um exemplo de visita domiciliar realizada por mim e pela equipe foi o caso de seu R.M, ele é cadeirante há 11 anos após um acidente de trânsito, fraturou o colo do fêmur e o paciente se negou a realizar cirurgia. Seu R.M tem piorado nos últimos anos com respeito ao número de cigarros que fuma por dia e ingestão de álcool, sempre nega uso de outras drogas, mais os vizinhos referem que ele fuma maconha quando recebe visita de um sobrinho.

Apresenta antecedentes de DPOC, HAS de difícil controle, desnutrição ligeira e ultimamente fica grande parte do tempo acamado. Seu R.M mora sozinho, não tem filhos e seu sobrinho mora longe e só vem de vez em quando, passa um dia e vai embora. Nós estabelecemos linhas de cuidado para seu tratamento, onde encaminhamos o caso para assistência social e foi colocado um cuidador, que o ajuda com os medicamentos, com o banho e alimentação.

Seu R.M é aposentado, o que permite ter uma renda mínima básica para se alimentar. A médica do NASF que atende o programa de tabagismo no município, visitou ele e iniciou uma terapia ainda em seguimento para parar de fumar. Com o cuidador diariamente com ele em casa e com as visitas semanalmente de alguém da equipe, o senhor R.M reduziu consideravelmente a ingestão de álcool.

Este é apenas um dos casos que aparecem na UBS para darmos seguimento e tratamento para as pessoas que não podem se locomover até lá. Diante do exposto, é um caso difícil para manejar, devido o senhor R.M não contar com familiares para sua recuperação, mas a equipe se compromete a cuidar de modo que a qualidade de vida venha ser estabelecida.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

As práticas médicas em saúde da família sempre proporcionam um aprendizado significativo e individualizado, pessoal para cada profissional, e estaria sendo hipócrita se não mencionasse meu desenvolvimento profissional como resultado desse curso de especialização em saúde da família.

Durante o aprendizado no curso, passei por modalidades de ensino no eixo I, que abordava a saúde coletiva com várias disciplinas como os indicadores epidemiológicos, territorialização, ética na APS, práticas educativas individuais e coletivas, situações de violência, entre outras. Esses aprendizados serviram para me aproximar de casos vivenciados na UBS, de maneira a ter um suporte para propor soluções para os mesmos.

Já no eixo II, pude lidar com os casos complexos e seus manejos clínicos, onde a aprendizagem foi significativa também. Pude realizar a construção do portfólio do TCC, no qual elaborei atividades como a introdução, diagnosticando os problemas da minha área de abrangência; o estudo de caso clínico, onde descrevi um caso vivenciado na UBS e propus um Projeto Terapêutico Singular com abordagem familiar; a promoção da saúde, que envolve a educação em saúde e prevenção de agravos; e a visita domiciliar, que é uma estratégia muito importante para aproximar os pacientes mais distantes do atendimento da Unidade, envolvendo a família.

Portanto, posso dizer que este curso de especialização me proporcionou significativas mudanças em meu modo de olhar para o paciente, para a equipe e para a comunidade, pois aprendi relacionando teoria com prática e levando atendimento a quem não tinha, melhorando o acolhimento as pessoas e interagindo cada vez mais com a família e equipe.

6 REFERENCIAS

ALMEIDA, GBS; PAZ, EPA; SILVA, GA. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. **Acta Paul Enferm** 2011;24(4):459-65, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes [Internet]. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf. Acesso em: 07 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**. 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29865. Acessado em 14 de dezembro de 2017.

BUSS, Paulo. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. 2010. FIOCRUZ. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais> . Acesso em 02 de dezembro de 2017.

FROTA, M. A. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto Enferm**. V. 16, n. 2, p. 246-53, 2007.

GONZALEZ, E; ESTORILIO, E. Pré-Protocolo de Atendimento Domiciliar. Prefeitura de Florianópolis, 2010. Disponível em http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ecedc16f5750849dddfb21f0e.pdf. Acesso em: 07 de janeiro de 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Maranhã**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=130280>. Acesso em 02 de dezembro de 2017.

KLAKONSKI, E. A. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar ao paciente idoso: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, Edição Especial, p. 161-171- ISSN 2176-9206, 2015.

LEAVELL, S. & CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGrawHill, 1976.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 2012-2020, Sept. 2009.

PINTO, Márcia Carla Morete, et al. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica Einstein**, v.7:18-23, 2009.

SCHALL, V; STRUCHINER, M. **Educação em saúde: novas perspectivas**. 2012. Health education: new perspectives. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/1999.v15suppl2/S4-S6/pt/?abstract_lang=pt>. Acesso em 02 de dezembro de 2017.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

YANET PONCE TORRES

ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA UBS “NICOLAU MADUREIRA” NO MUNICIPIO DE MARAÃ-AM.

Maraã-Amazonas.
Ano 2017



YANET PONCE TORRES

ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA UBS “NICOLAU MADUREIRA” NO MUNICÍPIO DE MARAÃ-AM.



Maraã-Amazonas
Ano 2017

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um transtorno do sistema cardiovascular caracterizado pela existência de valores persistentes de pressão arterial (PA) superiores aos considerados universalmente normais, sendo que a pressão arterial normal de um adulto corresponde a uma pressão sistólica máxima menor a 140 mmHg e a uma pressão diastólica menor a 90 mmHg. Trata-se de um plano de ação como objetivo de estabelecer estratégia de intervenção educativa com vista a aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão na UBS “Nicolau Madureira”, do Município Maraã, Amazonas, no período de fevereiro-agosto, 2017. O universo é de 187 pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial. A amostra está conformada por todos os pacientes diagnosticados como hipertensos e de acordo com os critérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos; com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos na UBS e conscientes em participar do estudo. Espera-se desenvolver ações para que os adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica sintam-se sensibilizado para aquisição de comportamentos de adesão ao tratamento evitando graves complicações, tanto as agudas como as crônicas e assim contribuir para uma melhoria na qualidade de vida.

INTRODUÇÃO:

O município de Maraã é banhado pelo caudaloso rio Japurá, que o atravessa de um extremo a outro. As origens do município se prendem às de Tefé, aldeia fundada no final do século XVII. O município foi criado pela Lei nº 96, de 19 de dezembro de 1955, quando o distrito de Maraã - que integrava o município de Tefé - foi dividido em dois novos municípios: Maraã e Japurá, criados pela mesma lei. O município foi instalado em sete de maio de 1956, sendo seu primeiro prefeito nomeado Atlântico Alves da Mota. O local determinado para a instalação da sede municipal, onde hoje está localizada, pertencia na época a proprietários particulares, os quais não abriam mão da referida área sem o devido ressarcimento pelo estado, das benfeitorias existentes. Razão pela qual a sede municipal foi instalada provisoriamente no ano de 1956 na localidade de Jacitara. Posteriormente, o governo do Estado e a família Solart efetivaram a transação e instalou-se em definitivo a sede do município de Maraã dia 25 de março de 1969, sob a administração de Benedito Gonçalves Ramos, prefeito municipal da época. A denominação "Maraã" vem do igarapé do mesmo nome, próximo a cuja foz, no Japurá, está situada a sede do município. Festa de destaque é a do Boto - semelhante a dos Bumbas - com danças e desfiles de alegorias.

DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO:

Aspectos Geográficos:

Maraã é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, Região norte do país. Pertencente à Mesorregião do norte amazonense e Microrregião de Japurá. Localiza-se a noroeste de Manaus, capital do estado, distando desta cerca de 615 quilômetros. Sua população, estimada pelo IBGE em 2010, era de 17528 habitantes, sendo assim o quadragésimo quarto município mais populoso do estado do Amazonas e o mais populoso de sua microrregião. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.498, de acordo com dados de 2010, o que é considerado muito baixo pelo PNDU.

O município tem uma população de 17528 habitantes. A zona urbana tem 8753 habitantes e a zona rural 8775 habitantes com uma distribuição segun sexo, de 9407 homens e 8121 mulheres, e consta com 3232 famílias compreendidas entre a zona rural (8775 famílias) e urbana (8753 famílias). O total de domicílios permanentes é de

2790 domicílios compreendidos entre a zona rural (1397 domicílios) e a zona urbana (1393 domicílios). Dados obtidos do Censo do IBGE 2010.

Aspectos Socioeconômicos:

No período de 1991 índices de Desenvolvimento Humano foi de 0.265, logo nos 2000 era de 0.291 e, já em 2010 foi de 0.498, pelo que o ido aumentando este ao passar os anos, o que é considerado muito baixo pelo PNDU.

A pesca constitui-se na base alimentar da região, destacando-se os espécimes, como pirarucu, tambaqui, tucunaré e pirapitinga. A captura de peixes lisos é destinada à exportação. A criação de associação e colônia de pescadores proporcionou grandes êxitos para o município proporcionando melhoria de vida, preservação de lagos e espécimes, e potencialização de exportação do pirarucu tendo em nossa sede a primeira indústria de pescado com pirarucu. As opções de viagens a Maraã são por meio comercial ou particular, sendo comum o uso de Lanchas, Barcos e Aviões fretados. O clima é tropical chuvoso é úmido, sendo bastante variável, com intercalações de sol e chuvosa.

Aspectos Demográficos:

O Censo demográfico de 1991 registrou uma população de 11838 habitantes em Maraã. O Censo seguinte, em 1996, registrou população de 13994 residentes, um percentual de aumento. No Censo seguinte, o crescimento da população continuaria a mostrar tendência ascendente, atingindo 17075 pessoas em 2000 e em 2010 o crescimento de 17507. A densidade demográfica é de 1,04 hab./km².

Sistema local de saúde:

Em relação à saúde, o município conta com um hospital comunitário. Também tem 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 2 unidades Estratégia de Saúde da Família já implantados.

A UBS Nicolau Madureira é uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, e é responsável por um bairro com uma população estimada de 2200 pacientes. Este tem um horário de funcionamento de 07h00min -16h00min horas da tarde onde tem acesso o 100% da população de nossa área de abrangência A equipe é composta por uma médica cubana do programa Mais Médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma assistente social, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, e uma auxiliar de serviços gerais. Todos cumprem carga horária de 40 horas semanais menos a médica que tem 32 horas de carga horária

semanal com um dia de 8 horas para estudo, por ser o médico do Programa Mais Médico e estar cursando o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Nesta unidade, a médica cubana do Programa Mais Médico fica inserida em uma equipe de Saúde da Família que será responsável pelo atendimento da população das áreas de abrangência da UBS. Nesta unidade se realizam consultas médicas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clinicam geral, todas estas pela médica da Estratégia de saúde da família, também são proferidas palestras educativas, grupos específicos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, atividades de vacinação, atividades de promoção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e outras com o objetivo de subsidiar melhor qualidade de vida para a população assistida.

Território / Área de Abrangência:

Nossa área de abrangência onde esta inserida O Equipe de Saúde da Família – “02” - tem cobertura de 2200 habitantes. A maior parte da população sobrevive de vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal, através de Cargos Efetivos e Contratos por tempo determinado, as demais possuem vínculo com a pesca. Temos grande numero de empregadas domésticas, pequenos comerciantes, e pequenos agricultores.

Temos que destacar que temos um numero de pacientes com doenças crônicas como Doença Hipertensiva e Diabetes Mellitus, isto se deve a que existem fatores de risco que predispõem e exacerbam tais patologias, a saber: tabagismo; dislipidemia; sedentarismo; estresse; etilismo; obesidade; maus hábitos alimentares, e o déficit no auto cuidado. A maior parte da população morre devido a doenças do aparelho circulatório sendo as mais frequentes as doenças cardiovasculares, e a doenças cerebrovasculares, e também morrem por doenças de aparelho respiratório e canceres em menor medida.

RECURSOS MATERIAIS:

Tem uma sala e arquivos onde se encontram os prontuários bem protegidos, uma sala de procedimentos de enfermagem onde se realizam os curativos, injeções, pesagem, aferição de pressão arterial e inalação, dois consultório medico, dois consultório de enfermagem, um consultório ginecológico, um consultório odontológico, sala de reunião onde se realizam as atividades com a comunidade e as atividades planejadas, banheiro pra os profissionais, cozinha, deposito de materiais de limpeza e um pequeno quintal.

Diagnóstico Situacional da área de abrangência da UBS “Nicolau Madureira”:

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS, foram identificados os seguintes problemas: Alta prevalência de Hipertensão Arterial, hiperlipidemia, elevada incidência de doenças respiratórias, baixo nível econômico e cultural da população, alto nível de desemprego, baixa adesão dos hipertensos ao tratamento. Na UBS “Nicolau Madureira” de um total de 2200 pessoas de nossa área de abrangência, 187 pacientes sofrem de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Mediante os controles realizados e os atendimentos pela equipe de saúde aos pacientes hipertensos, muitos pacientes mantêm níveis pressóricos elevados principalmente os pacientes do sexo masculino e de mais de 50 anos, os quais não estão aderindo corretamente o tratamento orientado. Na população atendida verifica-se como os pacientes tem um baixo nível econômico e cultural, portanto não conseguem levar hábitos e estilos de vida adequados. Muitos pacientes não têm conhecimento suficiente sobre esta doença, como ela pode ser controlada, e como levar um autocuidado. Não conhecem a importância da execução de exercícios físicos e da alimentação adequada. O que significa que mantém seus hábitos alimentares com ingestão excessiva de sal, farinhas, massas e pouco usam de vegetais, legumes, frutas e verdura. Sendo assim, a equipe elencou como nós críticos desse problema os hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, o pouco conhecimento do usuário sobre sua doença e os riscos da não adesão ao medicamento e falta de grupos operativos.

JUSTIFICATIVA:

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um transtorno do sistema cardiovascular caracterizado pela existência de valores persistentes de pressão arterial (PA) superiores aos considerados universalmente normais, sendo que a pressão arterial normal de um adulto corresponde a uma pressão sistólica máxima menor ou igual a 140 MMHG e a uma pressão diastólica menor ou igual a 90 mmHg (World Health Organization (WHO, 2013). Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida. (TACON,2010). Os dados estatísticos mais recentes do Brasil

mostram que o 23% da população brasileira é hipertensa, esta estimativa foi levantada em 2010 a través de entrevista com 54.339 adultos nas 26 capitais e no Distrito Federal. (PRECEPTA, 2014)

Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir morbidade e mortalidade cardiovasculares, os percentuais de controle da PA são muito baixos. A HAS é o problema de saúde mais frequente de consulta médica nas UBS entre 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podem ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo. Espera-se desenvolver ações para que os adultos com HAS sintam-se sensibilizado para aquisição de comportamentos de adesão ao tratamento evitando graves complicações, tanto as agudas como as crônicas e assim contribuir para uma melhoria na qualidade de vida, alcançando o controle dessa patologia.

Na hipertensão arterial é aspecto primordial para o controle adequado da pressão arterial e conseqüente redução da morbimortalidade. A adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da hipertensão arterial, ou diminuir os níveis de pressão arterial, prevenindo assim o risco de doença cardiovascular (Durrani, 2012). Existem alguns hábitos de vida que podem reduzir os valores de pressão arterial ou evitar os seus níveis elevados como uma alimentação adequada, realização de exercícios físicos, manterem um peso adequado entre outras. Para a OMS, adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao paciente, fatores relacionadas à doença, fatores relacionados ao tratamento, sistema e equipe de saúde, denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante. (HAYNES ,1979 apud JOSIANE ;DÉCIO,2006,p.24).

A adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde. Entretanto, por envolver outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição e englobar aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença, a adesão ao tratamento vem sendo amplamente discutida e questões fundamentais como conceitos, terminologias e fatores de interferência têm sido abordados. Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à

doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde. (CRAMER,1991 apud JOSIANE ;DÉCIO,2006,p.24).

Portanto, mediante a problemática em nossa UBS “Nicolau Madureira” a baixa adesão dos pacientes ao tratamento tornou-se necessário propor um plano de intervenção pra melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

Tendo como referência a importância da alteração de hábitos de vida e da promoção da adesão terapêutica na hipertensão arterial, bem como a importância das cognições da doença na recuperação e na adesão terapêutica, o presente programa de intervenção pretende ajudar os indivíduos que possuem hipertensão arterial a lidar e a viver melhor com a sua doença, através de intervenções educacionais individuais ou em grupo que são promotoras de conhecimento acerca da medicação e ou doença com transmissão oral e/ou escrita, sob a forma de panfletos e outros métodos com uma linguagem claro que deve ir ao encontro ao nível cultural tendo em conta o nível cultural dos doentes.

OBJETIVOS:**OBJETIVO GERAL:**

Estabelecer Estratégia de intervenção educativa com vista a aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão na UBS “Nicolau Madureira”, do Município Maraã.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar os indivíduos com problemas de cumprimento do tratamento anti-hipertensivo na Unidade de Saúde.
2. Avaliar junto aos pacientes, os riscos de desenvolverem complicações da HAS.
3. Orientar aos pacientes com HAS sobre as diferentes formas de tratamento e promover hábitos de vidas saudáveis.
4. Realizar ações educativas junto com os pacientes hipertensos, considerando os fatores inerentes aos mesmos, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

METAS

Relativas ao objetivo específico1:

1. Cadastrar o 100% de pacientes com Hipertensão Arterial.
2. Avaliar 100 % do tratamento feito em cada paciente hipertenso

Relativas ao objetivo específico 2:

1. Avaliar o índice de massa corporal nos 100 % dos pacientes hipertenso
2. Avaliar a todos os pacientes com hipertensão, diabetes mellitus, obesidade corporal, obesidade abdominal, hipercolesterolêmica.
3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes com hipertenso

Relativo ao objetivo específico 3:

1. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos

- pacientes com HAS cadastrados na unidade de saúde.
2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes com HAS cadastrados na unidade de saúde.
 3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes hipertensos
 4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes com HAS.
 5. Garantir orientação sobre os riscos dos fatores como tabagismo, alcoolistas, sedentarismo, obesidade a 100% dos pacientes com HAS.

METODOLOGIA:

Se realizará um estudo de intervenção educativa objetivando: Estabelecer Estratégia de intervenção educativa com vista a aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão na UBS “Nicolau Madureira”, do Município Maraã, Amazonas, no período de fevereiro-agosto, 2017.

Cenário:

O município de Maraã pertencente à Mesorregião do norte amazonense e Microrregião de Japurá. Localiza-se a noroeste de Manaus, capital do estado, distando desta cerca de 615 quilômetros. A unidade básica de saúde “Nicolau Madureira” tem cobertura de 2200 habitantes. A maior parte da população sobrevive de vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal, através de Cargos Efetivos e Contratos por tempo determinado, as demais possuem vínculo com a pesca e agricultura.

Caracterização dos sujeitos:

A equipe de saúde tem uma população de 2200 habitantes, 187 pacientes sofre de hipertensão arterial sistêmica (HAS). O trabalho acontecerá no período de fevereiro-agosto, 2017 com a participação de todos os pacientes diagnosticados como hipertensos.

Crítérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos; com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos na UBS e conscientes em participar do estudo.

Crítérios de exclusão: aqueles pacientes que não aceitarem participar na investigação.

Procedimentos da intervenção:

-Seleção dos pacientes objetos de estudo.
 -Encaminhar à consulta médica com acompanhamento da enfermagem e técnico de enfermagem os pacientes selecionados onde nos registros de dados serão avaliado o uso regular ou não de medicamentos hipotensores, práticas de atividade física e dieta, através de uma entrevista individual a profundidade em questões da terapêutica farmacológica e não farmacológica, tirando as dúvidas e detectando os

problemas que apresentam esses pacientes com uma periodicidade semanalmente no mesmo dia de agendamento destes pacientes com HAS e um tempo de duração de 20 minutos como estabelece o programa.

-Se realizarão visitas domiciliares, para identificar os pacientes com dificuldades de cumprimento ao tratamento anti-hipertensivo.

-Depois a equipe realizará uma reunião junto aos pacientes selecionados onde se explicará o desenvolvimento das atividades de educação em saúde, a metodologia a utilizar e tempo de duração.

-Logo, o início das atividades educativas que serão com grupos de 15 pacientes por sessão, semanalmente com uma linguagem adequada para que todos possam entender o conteúdo exposto. Os temas a tratar para a orientação são: Hipertensão Arterial Sistêmica: conceito, fatores de riscos, prevenção das complicações, tratamento medicamentoso e não medicamentoso e a importância do uso correto da medicação prescrita; alimentação adequada; tabagismo e fatores de risco cardiovasculares. Todas as sextas-feiras em reuniões da equipe se fará uma avaliação das principais necessidades apontadas pelos pacientes nas atividades da semana e aproveitar este espaço para discutir as necessidades da equipe saúde da família, reavaliando as ações.

-Ao final, os pacientes terão uma nova consulta e entrevista para avaliar as informações que eles têm depois das intervenções e mudanças logradas sobre uso adequado do tratamento farmacológico e não farmacológico.

Recursos

necessários:

Os recursos necessários para a realização da investigação serão:

-Recursos Humanos: Equipe de Saúde da Família.

-Recursos Materiais: prontuários dos usuários; ficha para a avaliação dos usuários; cartolinas; canetas ; cartilhas educativas, materiais didáticos para palestras e dinâmicas de grupos, cadernos de atenção básica, computador, ventiladores ou ar-condicionado, cadeiras em bom estado.

CRONOGRAMA:

ATIVIDADES	02/ 17	03/ 17	04/ 17	05/ 17	06/ 17	07/ 17	08/ 17
Elaboração do Projeto	X	X					
Apresentação do Projeto		X					
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação da Equipe de Saúde	X	X	X				
Cadastramento de todos os pacientes	X	X					
Planejamento/Organização das atividades	X	X	X	X	X	X	
Atividades educativas com os pacientes		X	X	X	X	X	
Avaliação dos resultados			X	X	X	X	X

RESULTADOS ESPERADOS:

- Espera-se que, com a realização desse trabalho, o acompanhamento sistemático aos pacientes com ações voltadas para promoção e prevenção das complicações cardiovasculares, para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial e acrescentar o conhecimento aos pacientes sobre a importância da mudança dos hábitos de vida, alimentação, sedentarismo, fatores de risco e complicações da HAS, além de maior controle dos casos já diagnosticados.

-Mostrar o efeito positivo da prática de atividade física e dieta saudável, como objetivo fundamental no tratamento não farmacológico no paciente hipertenso, além do tratamento farmacológico para melhorar todos os aspectos da hipertensão arterial, associando-se à redução do risco cardiovascular.

-Sistematizar o atendimento aos pacientes hipertensos com ações voltadas para promoção e prevenir os agravos a saúde dos pacientes estudados.

REFERÊNCIAS:

- ALVES, V.S; NUNES, M.O. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface comum. Saúde educ, Botucatu, v.10, n.19, p.131-147, jan./jun. 2006.*
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: http://www.fen.urg.br/revista8_2/v8n2a11.htm.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica, n.16. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd15.pdf>Acesso: 06 out.2014.
- BRASIL. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**.Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312380&search=minas-gerais|engenheiro-navarro|infograficos:-informacoes-completas>> .Acesso em: 05 sep. 2014.
- BUGALHO, A, Carneiro AV. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada em Evidência; 2004.p.9-16. R
- CESARINO, CB. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card.* 2008;91(1):31-5.
- CORBIN, J., & Strauss, J. (1988).Unending work and care:Managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass.
- DURRANI, S., Irvine, J., & Nolan, R. P. (2012). Psychosocial determinants of health behavior change in an e-counseling intervention for hypertension. *International Journal of Hypertension*, 2012, 1-5. doi:10.1155/2012/191789.
- GUSMÃO, JL. et al. Adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras de Hipert.* 2009;16(1):38-43.
- HNSC. SSC. NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA. Indicadores de Saúde: relatório anual 2006.Sistema de Informação em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC-GHC). Porto Alegre, agosto 2007. Disponível em <http://www.ghc.com.br>
- JOSIANE,L.G.; DÉCIO, M. J. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**. vol.13,n.1,p. 23-25, 2006.

-MS. GHC. SSC. Monitoramento e Avaliação de Ações de Saúde. Indicadores de Saúde: relatório anual 2007. Sistema de Informação em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC-GHC). Porto Alegre, agosto 2008. Disponível em <http://www.ghc.com.br>

-PRECEPTA. Portal de saúde. Ministério de Saúde do Brasil. Prevalência de Hipertensão Arterial no Brasil. Disponível em: <<http://www.precepta.com.br/blog/prevalencia-de-hipertensao-arterial-brasil/>> Acesso : 06 outubro, 2014.

-Prefeitura Municipal de Maraã, Site do município. Disponível em: <http://www.cidade-brasil.com.br/municipio-maraa.html>.

-RIBEIRO, A. G., Ribeiro, S. M. R., Dias, C. M. G. C., Ribeiro, A. Q., Castro, F. A. A., Suárez-Varela, M. M., & Cotta, R. M. M. (2011). Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *Bio Med Central Public Health*, 11, 1-10. Doi: 10.1186/1471-2458-11-637

-ROSÁRIO, TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6):672-8

-SEVERO, D.F., et al. Conhecimento e modificações de comportamento frente ao tratamento não-farmacológico da HAS: Antes e após educação em saúde do profissional enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, v.14, n.3, p.506-11, 2009.

-SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica. Julho, 2014.

-SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes brasileiras de hipertensão. São Paulo, 13 de fevereiro de 2006.

-SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

-SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. OMS alerta para baixa adesão ao tratamento. Disponível em :<http://www.Sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149>. Acesso em: 23.03.2009.

-TACON, K.C.B; SANTOS, H.C.O; CASTRO, E.C. Perfil Epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes Atendidos em Hospital Público.

Revista Brasileira de Clínica Médica, v.8, n.6, p.486-9, 2010. Disponível: <http://573>
 Conceito A Recife n. 2 p.523-573, 2011.
 -WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2013). *A global brief on hypertension*.
 Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/79059>.

ANEXO

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do projeto: ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA UBS “NICOLAU MADUREIRA” NO MUNICÍPIO DE MARAÃ-AM. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Tutor	Data
------	---------------------	------