



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Martina Toledo Valadão

Estratégias para ampliar a adesão e acompanhamento
da Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de
Saúde Parque Amorim, no município de Belford Roxo/
RJ

Florianópolis, Março de 2023

Martina Toledo Valadão

Estratégias para ampliar a adesão e acompanhamento da
Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Parque
Amorim, no município de Belford Roxo/ RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Marisa da Silva Martins
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Martina Toledo Valadão

**Estratégias para ampliar a adesão e acompanhamento da
Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Parque
Amorim, no município de Belford Roxo/ RJ**

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Marisa da Silva Martins
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco de doenças cardiovasculares (DCV). **Objetivo:** elaborar um projeto de intervenção, visando ampliar a adesão e acompanhamento dos pacientes hipertensos atendidos pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Parque Amorim, no município de Belford Roxo/RJ. **Metodologia:** realizou-se a caracterização da população por meio das condições e risco à saúde, assim como identificação dos problemas da população da área de abrangência da USB, com destaque à falta de adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento da HAS. Em seguida, será realizada uma revisão da literatura nas bases de dados Scielo, Medline, Pubmed e Lilacs, utilizando os descritores: hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde, atenção primária à saúde e adesão ao tratamento; em inglês: hypertension, health education, primary health care and treatment adherence, conjugados pelo operador booleano AND, a fim de acessar artigos originais escritos em línguas portuguesa e inglesa, disponíveis de forma online em full text. Por fim, será realizada a seleção, no universo dos pacientes atendidos pela equipe, do total de hipertensos cadastrados na área e, a partir daí, dar-se-á início às ações de educar em saúde, capacitar a equipe e grupos de hipertensos, reorganizar os serviços de saúde, buscar melhorias para o processo de trabalho da equipe. **Resultados Esperados:** espera-se que os níveis pressóricos dos pacientes portadores de HAS assistidos pela ESF Parque Amorim, se estabilizem a partir do momento em que esses passem a conhecer e compreender as possíveis complicações da HAS e, que isso os motivem a aplicar as mudanças necessárias ao seus estilos de vida, como a adesão à uma alimentação mais saudável e à prática regular de exercícios físicos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estudos de Intervenção, Pressão Arterial, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

A unidade básica de Saúde (UBS) Parque Amorim é o lugar onde atuo como médica da estratégia de saúde da família. Ela está situada na cidade de Belford Roxo, no estado do Rio de Janeiro. A UBS conta com 3 equipes de saúde, cada uma delas, prevista para atuar com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e com no mínimo 5 agentes comunitários de saúde (ACS). Entretanto, atualmente contamos com 2 médicos na unidade, 2 técnicos de enfermagem e com 21 ACS.

A área de abrangência de nossas equipes chega a contemplar algo em torno de 12 mil pacientes cadastrados, sendo que cerca de 4 mil usuários estão cadastrados na equipe em que trabalho.

Em nossa equipe temos cerca de 1 mil crianças cadastradas, cerca de 2.400 jovens e cerca de 600 idosos, 2.234 mulheres e 1.766 homens. Já Belford Roxo tem um total de 469.332 habitantes, sendo 226.757 correspondente a população feminina e 242.575 masculina, 116.878 menores de 15 anos, 323.466 de 15 a 65 anos e 28.988 maiores de 65 anos (PNUD; IPEA; FJP, 2020). Atuamos numa área de risco e estamos numa cidade cuja classificação de vulnerabilidade tem a nota 5, conforme avaliação feita para compor o edital do programa mais médicos. Portanto atuamos com uma população bem vulnerável e que por sua vez demanda mais cuidados e mais ações educacionais e motivacionais.

O perfil econômico da população que nesta área reside é de baixa renda. Observamos uma população carente, que possui moradias precárias, em sua maior parte, deficiente de sistemas de saneamento básico e com muitas ruas desprovidas de pavimentação. Temos escolas públicas e particulares nas proximidades e contamos com atividades de lazer na comunidade. Quanto ao acesso socioeconômico temos creche e escolas nas proximidades, igrejas, e praças, temos um vasto comércio local, linhas de ônibus que passam próximo a comunidade, possibilitando o ir e vir com mais facilidade. Realizamos consultas a nível ambulatorial, visando a atenção básica em saúde, atenção primária, a nossa maior parte consiste em acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, porém também atuamos na realização de pré-natal, puericultura, saúde da mulher, mental, adulto e idoso, além da demanda livre, onde pessoas buscam atedimentos por diversas outras razões.

Perante esse contexto, procuramos ter uma relação muito próxima com os nossos pacientes, realizando periodicamente visitas domiciliares, onde podemos acompanhar pacientes recém-operados e acamados.

Tenho percebido que estamos cada vez mais próximos da comunidade e desta forma adquirindo uma maior confiança por parte deles, uma vez que entendem poder contar conosco. Creio estarmos caminhando e crescendo juntos mesmo diante das dificuldades enfrentadas e isso é o que nos motiva a seguir em frente.

Diante de todos os percalços estamos sempre atentos ao que nos desafia, ou seja, onde devemos ter mais atenção e com isso observamos que temos uma prevalência de hipertensos correspondente a 92 para cada 1.000 habitantes; de diabéticos de 35 para cada 1.000 habitantes; taxa de mortalidade de 2,7 para cada 1.000 habitantes, sendo um total de 11 mortes no mês avaliado, onde 9 delas ocorreu por complicações cardiovasculares em pacientes hipertensos e 2 por mortes violentas. Vimos também que no ano de 2011, Belford Roxo/ RJ, teve como mortalidade proporcional por grupos de causas: 6,26 devido algumas doenças infecciosas e parasitárias; 14,72 por neoplasias; 8,56 doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; 32,65 devido doenças do aparelho circulatório; 10,56 doenças do aparelho respiratório; 12,09 por causas externas e 15,17 demais causas definidas (??). Fazendo um comparativo com os dados que obtivemos em nossa ESF, realmente nos mostra a grande preocupação que devemos ter com nossos pacientes como um todo, porém com maior atenção aos pacientes hipertensos, para que consigamos promover um melhor acompanhamento deles.

Pelas razões descritas anteriormente, percebemos que precisamos atuar intensamente no cuidado com os pacientes hipertensos da nossa comunidade, para que consigamos ter uma população mais saudável e com menor mortalidade, visto que, assim como no mundo, a maior causa de morte decorre de doenças cardiovasculares, um problema no qual podemos atuar por meio de prevenção e promoção a saúde. Acreditamos que nossa comunidade será muito beneficiada com a adoção de medidas para melhoria do acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), pois assim poderemos prevenir a mortalidade por doenças cardiovasculares desta comunidade. Vejo que fazendo isto, vamos ter menor demanda quanto ao descontrole e agravamento da doença e isso facilitará nossa funcionalidade diante de outros casos e outras demandas.

Observando que vivemos numa comunidade onde ter hipertensão mal acompanhada e controlada aumenta o risco de morbimortalidade dos pacientes e que podemos atuar ativamente para melhor atendê-los, entendo como de suma importância a elaboração de um plano de ação com a finalidade de mudar esse quadro.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção visando ampliar a adesão e acompanhamento dos pacientes hipertensos atendidos pela ESF Parque Amorim - Belford Roxo/ RJ.

2.2 Objetivos Específicos

- Propor a realização de busca ativa de portadores de HAS.
- Elaborar e manter atualizadas planilhas de acompanhamento dos usuários portadores de HAS.
- Propor a realização mensal de monitoramento das taxas de morbimortalidade decorrentes da HAS.
- Desenvolver atividades educativas voltadas ao pacientes hipertensos, almejando uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

3 Revisão da Literatura

A Sociedade Brasileira de Cardiologia define a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como uma condição clínica caracterizada pela elevação persistente dos níveis tensionais pressóricos ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg (SBC et al., 2016). A HAS é o principal fator de risco de doenças cardiovasculares (DCV) e principal causa de morte no Brasil e no mundo. Trata-se de uma condição médica séria - de uma síndrome com manifestações e características próprias e de etiologia multifatorial - que engloba aspectos ambientais, genéticos, hormonais, neurais, renais e vasculares (SBC et al., 2016).

No mesmo sentido a *World Health Organization* afirma que a hipertensão é a condição mais comumente encontrada na Atenção Primária à Saúde e um quadro que representa um problema mundial de saúde pública, e propõe como uma das metas globais para doenças não transmissíveis reduzir a prevalência de hipertensão em 25% até 2025 (WHO, 2019).

Na mesma linha Oparil et al. (2018) afirmam que a hipertensão arterial sistêmica (doravante denominada hipertensão) é caracterizada por pressão arterial persistentemente alta (PA) nas artérias sistêmicas. A PA é comumente expressa como a razão da PA sistólica (ou seja, a pressão que o sangue exerce sobre as paredes arteriais quando o coração se contrai) e a PA diastólica (a pressão quando o coração relaxa). Trata-se do fator de risco modificável mais importante para todas as causas e morbimortalidade em todo o mundo e está associada ao aumento do risco de DCV. Menos da metade das pessoas com hipertensão está ciente de sua condição, e muitas outras estão cientes, mas não tratadas ou inadequadamente tratadas, embora o tratamento bem-sucedido da hipertensão reduza a carga global de doenças e mortalidade. A etiologia da hipertensão envolve a interação complexa de fatores ambientais e fisiopatológicos que afetam múltiplos sistemas, bem como a predisposição genética. A avaliação de pacientes com hipertensão inclui a medição precisa e padronizada da pressão arterial, avaliando o risco previsto de pacientes com DCV aterosclerótica, evidência de dano ao órgão-alvo, detecção de causas secundárias de hipertensão e presença de comorbidades, o que inclui DCV e doença renal.

PAGE, DAMON e MOELLERING (1974) relatam que, nas sociedades pré-industriais, os níveis de PA tiveram distribuições estreitas com valores médios que mudaram pouco com a idade e tiveram uma média de 115/75 mmHg, um valor que provavelmente representa a PA normal (ou ideal) para humanos. Contudo, na maioria das sociedades contemporâneas, os níveis sistólicos de PA aumentam de forma constante e contínua com a idade, tanto em homens quanto em mulheres. Esse achado onipresente pode ser explicado, porque a idade aumenta a probabilidade e a duração da exposição a inúmeros fatores ambientais que aumentam gradualmente a PA ao longo do tempo, como consumo excessivo de sódio, ingestão insuficiente de potássio na dieta, sobrepeso e obesidade, ingestão de álcool e álcool, inatividade.

Para Poulte, Prabhakaran e Caulfield (2015), outros fatores, como predisposição genética ou ambiente intrauterino adverso (como hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia), têm associações pequenas, mas definidas, com altos níveis de pressão arterial na idade adulta.

Mills et al. (2016) reportam que, à medida que o desenvolvimento econômico progride, a hipertensão afeta inicialmente aqueles com alto nível socioeconômico, mas, em estágios posteriores do desenvolvimento econômico, a prevalência de hipertensão e suas consequências são maiores naqueles com menor *status* socioeconômico; esse fenômeno é visto tanto dentro como entre países. Além disso, a velocidade da mudança na prevalência de hipertensão entre 2000 e 2010 tem sido muito mais rápida do que nas transições epidemiológicas anteriores.

Forouzanfar et al. (2017) afirmam que, globalmente, 3,5 bilhões de adultos agora têm níveis sistêmicos de PA não ideais (ou seja, > 110–115 mmHg) e 874 milhões de adultos têm PA sistólica 140 mmHg. Assim, aproximadamente um em cada quatro adultos tem hipertensão. Ainda de acordo com esses autores, entre 1990 e 2015, houve um aumento de 43% no número global total de anos de vida saudável perdidos pela PA não ideal, impulsionado pelo aumento, envelhecimento da população e um aumento de 10% na prevalência padronizada de idade de hipertensão.

Segundo Forouzanfar et al. (2016), no estudo *Global Burden of Disease*, a PA não ideal continua sendo o maior fator de risco que contribui para a carga global de doenças e a mortalidade global por todas as causas, levando a 9,4 milhões de mortes e 212 milhões de anos de vida saudável perdidos (8,5 % do total global) a cada ano. Dessa forma, pode-se inferir que a probabilidade de tornar-se um hipertenso, ao longo da vida, é de 90% e que um terço dos adultos pré-hipertensos pode evoluir para a hipertensão em 4 anos.

Magalhães, Amorim e Rezende (2018) afirmam que, no Brasil, a HAS atinge aproximadamente 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, o que contribui, direta ou indiretamente, para percentual de mortes por doença cardiovascular.

Malachias et al. (2016) ressaltam que a HAS vem frequentemente associada a outras doenças crônicas, gerando impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (28%) decorrentes de DCV, principal causa de morte no País para ambos os sexos e todas as faixas etárias.

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico revelam que, nas 27 Cidades estudadas no País, a prevalência de HAS foi de 25,7%, com 27,5% 4m mulheres e 23,6% em homens, além de atingir 64,2% de idosos. Segundo a pesquisa, 41,8% hipertensos possuem nível de escolaridade inferior a 8 anos de estudo. Ressalta-se que o diagnóstico da HAS mostra-se desigual no Brasil, com 16,9% em Palmas (menor prevalência) e 30,9% no Rio de Janeiro (maior prevalência) (SAÚDE, 2016).

De acordo com Gouveia, Feitosa e Feitosa (2018), embora a etiologia exata da HA primária permaneça imprecisa, podem-se identificar numerosos fatores de risco que estão, estreitamente, e de forma independente, associados ao seu desenvolvimento. Dentre eles, destacam-se: a história familiar, a etnia, a idade, a dieta rica em sódio, a obesidade e a ingestão de álcool e o sedentarismo.

Segundo Oparil et al. (2018), mudanças no estilo de vida, modificações na dieta e aumento da atividade física são eficazes na redução da pressão arterial e na prevenção da hipertensão e suas sequelas de DCV. A terapia farmacológica é muito eficaz na redução da pressão arterial e na prevenção de resultados de DCV na maioria dos pacientes. Os medicamentos anti-hipertensivos de primeira linha incluem inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio da di-hidropiridina e diuréticos tiazídicos.

Segundo Ribeiro, Cotta e Ribeiro (2012), a análise das políticas de promoção da saúde e prevenção de DCNT no Brasil aponta para uma grande ênfase na intervenção de base comunitária e o papel protagonista dos serviços de Atenção Básica.

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e reestruturar o Sistema Único de Saúde (SUS), mostra-se como o modelo mais provável para alterar a realidade das DCV.

Talvez o maior desafio da ESF se deva ao seu papel de mudança do modelo de assistência tradicional, médico-medicamentoso e hospitalocêntrico. A "Saúde da Família é compreendida como estratégia principal para a mudança desse modelo (tradicional), que deverá se integrar a todo contexto de reorganização do sistema de saúde" (BRASIL, 2006), sendo o elo integrador e focalizador das políticas públicas nacionais e a comunidade.

Desta forma, considera-se o projeto de intervenção relevante, por entende-se que o controle adequado dos diversos fatores de risco constitui uma medida eficaz para a diminuição das cifras de PA e instigada por essa problemática, onde o cuidado emerge como uma prática integral moldada ao público que se atende.

Acredita-se que, por meio de ações educativas, será possível fazer refletir e conscientizar os pacientes da necessidade da adesão ao tratamento e da adoção de hábitos mais saudáveis que possam diminuir as chances de eventos cardiovasculares em adultos assistidos na ESF Parque Amorim, localizada em Belford Roxo/ Rio de Janeiro.

4 Metodologia

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foram realizadas três etapas:

Primeira etapa: caracterização da população por meio das condições e risco à saúde, assim como identificação dos problemas da população da área de abrangência da USB (falta de saneamento básico, falta de moradia com qualidade e dificuldade do acesso à saúde pela má condição da infraestrutura para realização do trabalho em saúde). No entanto, o problema de saúde que chamou a atenção da Equipe foi a falta de adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento da HAS, o que influencia no aumento das complicações cardiovasculares e demais comorbidades.

Segunda etapa: revisão da literatura para identificar ações exitosas publicadas no meio científico, as quais serão ajustadas de acordo com as características de saúde da população local e replicadas. A revisão será realizada nas bases de dados Scielo, Medline, Pubmed e Lilacs, recuperando artigos originais escritos em línguas portuguesa e inglesa, disponíveis de forma *online* em *full text*. Os seguintes descritores, oriundos de DeCS, serão utilizados: hipertensão arterial sistêmica, educação em saúde, atenção primária à saúde e adesão ao tratamento; em inglês: *hypertension, health education, primary health care and treatment adherence*, conjugados pelo operador booleano *AND*.

Terceira etapa: seleção, no universo dos pacientes atendidos pela equipe, o total de hipertensos cadastrados na área e, a partir daí, realizar o Projeto de Intervenção no período de 08 meses após a pandemia do coronavírus, na área de abrangência da equipe de saúde em apreço, segundo as etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Cabe aqui relatar que a primeira e segunda etapas já foram concluídas, e que feita a identificação dos nós críticos para a adesão ao tratamento da HAS, a equipe propôs para a terceira etapa deste projeto de intervenção, a realização das seguintes ações:

- Educar em saúde;
- Capacitar a equipe e grupos de hipertensos;
- Reorganizar os serviços de saúde;
- Buscar melhorias para o processo de trabalho da equipe.

Tabela 1 – Quadro 1- Operação: Educar em Saúde na população da USB Parque Amorim no município de Belford Roxo/ RJ

NÓ CRÍTICO 1	NÃO PERCEPÇÃO DO RISCO DA HAS
Opera- ção/Projeto	Educar em saúde
Ações	Aumentar o conhecimento dos hipertensos acerca da HAS, com palestras e folders ilustrativos. Elaborar e manter planilhas de acompanhamento dos pacientes e monitorar as taxas de morbimortalidade decorrentes de HAS.
Resultados Esperados	Espera-se que os pacientes conheçam aspectos importantes da HAS: fatores de risco, sintomas e importância do tratamento contínuo, para evitar possíveis complicações.
Atores sociais/ Res- ponsabilidade	Equipe da USB, Secretaria de Saúde, pacientes.
Recursos Necessários	Estrutural: sala de reunião; Cognitivo: conhecimento da Equipe acerca da HAS e comunicação estratégica. Político: intersetorialidade com a Secretaria de Saúde do Município. Financeiros: aporte da Secretaria Municipal de Saúde.
Ação Estratégica de Motivação	Apresentação do projeto.
Cronograma/ Prazos	Elaborar o projeto em 2 meses e iniciar a implementação em 3 meses.
Gestão/ Acompanha- mento/ Avaliação	Parcial: semanal Total: mensal

Tabela 2 – Quadro 2 – Operação: Conhecer melhor a USB Parque Amorim do município de Belford Roxo/ RJ

NÓ CRÍTICO 2	PRINCIPAIS FATORES QUE LEVAM A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HAS
Opera- ção/Projeto	Conhecer melhor
Ações	Capacitar a equipe sobre a importância de uma alimentação saudável e prática de atividade física, para que transmita esses conhecimentos aos pacientes, através de palestras, mutirão, visitas domiciliares e consultas; Implementar consulta com nutricionista e educador físico para melhorar a alimentação e incentivar a prática de caminhada diária e, assim, combater o sedentarismo.
Resultados Esperados	Promover a qualidade de vida com o controle da HAS; Contribuir para mudanças de hábitos alimentares dos pacientes hipertensos. Incentivar a prática de exercícios físicos diários.
Atores sociais/ Responsabili- dade	Equipe de saúde da USB. Secretaria de Saúde do Município. Pacientes.
Recursos Necessários	Estrutural: sala de reunião. Cognitivo: projeto de linha de cuidado e de protocolo para conhecimento da Equipe. Organizacional: organização de palestras de Educação em Saúde; de mutirões e de visitas domiciliares; de consulta com nutricionista e educador físico.
Recursos Críticos	Político: articulação com a Secretaria de Saúde do Município. Financeiro: para aquisição de folders, papel etc.
Ação estratégica de aprovação	Apresentação do projeto.
Responsáveis	Equipe da USB, Secretaria Municipal de Saúde, nutricionista, educador físico, paciente.
Cronograma/ Prazo	Montar o projeto em 2 meses e iniciá-lo no terceiro mês.
Gestão. Acompanha- mento. Avaliação	Equipe de Saúde em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde com acompanhamento semanal. Avaliação mensal

Tabela 3 – Quadro 3: Operação: Reorganização dos serviços de saúde da população da USB Parque Amorim no município de Belford Roxo/ RJ

NÓ CRÍTICO 3	DESORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA USB
Operação/ Projeto	Reorganização dos serviços de saúde da USB.
Ação	Melhorar a estrutura do serviço de saúde para o atendimento de 100% dos pacientes hipertensos.
Resultados Esperados	Promover melhor qualidade de vida para os pacientes hipertensos atendidos na referida USB. Atender todos os pacientes com HAS.
Atores sociais/ Responsáveis	Equipe da USB. Secretaria Municipal de Saúde. Pacientes.
Recursos Necessários	Político: articulação com a Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo/RJ. Financeiros: aquisição de recursos. Organizacional: para organizar agenda.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar o aporte de recursos públicos para estruturar o serviço e adquirir meios para produzir material para informar a população. Financeiros: possibilitar aumento da oferta de consulta e visitas domiciliares.
Viabilidade	Motivação favorável da Secretaria Municipal de Saúde.
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto.
Responsáveis	Equipe de Saúde da USB e Secretaria Municipal de Saúde.
Cronograma/ Prazo	Montar o PI em 2 meses e iniciá-lo no terceiro mês.
Gestão Acompanhamento Avaliação	Gestão: Equipe de saúde da USB e Secretaria Municipal de Saúde. Acompanhamento: semanal Avaliação: mensal

Tabela 4 – Quadro 4 Operação: Buscar melhorias para o processo de trabalho da equipe em prol da população assistida na USB Parque Amorim município de Belford Roxo/ RJ

NÓ CRÍTICO 4	DIFICULDADES DO TRABALHO DA EQUIPE DA USB PARQUE AMORIM.
Operação/ Projeto	Aprimorar o processo de trabalho.
Ações	Capacitar a Equipe da USB. Agendar o maior número possível de consultas para pacientes com HAS. Buscar atender 100% dos pacientes com HAS. Oferecer medicação anti-hipertensiva na USB e nas farmácias populares. Organizar visitas domiciliares dos ACS aos pacientes hipertensos, principalmente aos que moram sozinhos para levar-lhes informação e, se possível, medicação, além de enfatizar os cuidados relacionados ao tratamento.
Atores sociais responsáveis	Equipe da USB, Secretaria Municipal de Saúde.
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto.
Responsável	Equipe de Saúde da USB.
Cronograma/ Prazo	Montar o Projeto em 2 meses e iniciá-lo no terceiro mês.
Gestão Acompanhamento Avaliação	Gestão: Equipe da USB e Secretaria Municipal de Saúde. Acompanhamento: semanal. Avaliação: mensal

5 Resultados Esperados

Este projeto visa ampliar a adesão e acompanhamento dos pacientes hipertensos atendidos pela ESF Parque Amorim - Belford Roxo/ RJ, a partir da identificação das causas vigentes que levam a não adesão ao tratamento: não percepção do risco do descontrole da HAS; hábitos alimentares, sedentarismo e das dificuldades inerentes ao Sistema de Saúde: chegar à USB, adquirir a medicação, problema de transporte (moradia distante da USB), dificuldade de relacionamento com a Equipe de Saúde, falta de acompanhamento para orientação e controle da medicação, idosos que moram sozinhos e têm dificuldade de chegar ao Posto para recolher os medicamentos (a maioria dos hipertensos tem mais de 60 anos).

Diante desses nós críticos, o projeto busca estratégias que permitam maior adesão ao tratamento da HAS na população adstrita: modificação do modo e estilo de vida, estabelecimento da comunicação adequada com interação paciente-equipe de saúde, promoção da aprendizagem sobre a patologia que leve o paciente a refletir e se conscientizar sobre os riscos do descontrole da HAS; conhecimento das questões subjacentes do paciente, promoção do autocuidado e percepção da necessidade de mudança para manter a saúde e melhorar a qualidade de vida.

Espera-se, com a implementação deste projeto de intervenção, que as cifras de pressão arterial dos pacientes da USB Parque Amorim, no município de Belford Roxo/RJ, se estabilizem, a partir do momento em que essa população hipertensa passe a conhecer e compreender as possíveis complicações da HAS e, dessa forma, consiga mudar seu modo e estilo de vida, com uma alimentação balanceada e a prática regular de exercícios físicos.

A equipe se compromete, ainda, a compartilhar planilhas com o educador físico e com a nutricionista a fim de formar grupos para a prática de exercícios e promover palestras sobre alimentação saudável e sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso contínuo, além de visitar as famílias para solicitar-lhes apoio, considerado essencial para a adesão ao tratamento da HAS.

Finalmente, espera-se que os gestores implementem estratégias que facilitem o acesso à USB.

Referências

- FOROUZANFAR, M. H. et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115mmhg, 1990-2015. *JAMA / Original Investigation*, p. 165–182, 2017. Citado na página 14.
- MAGALHÃES, L. B. N. C.; AMORIM, A. M. de; REZENDE, E. P. Conceito e aspectos epidemiológicos da hipertensão arterial. *Revista brasileira de hipertensão*, v. 26, n. 1, p. 6–12, 2018. Citado na página 14.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivo brasileiro cardiol*, v. 19, n. 4, p. 1–1, 2016. Citado na página 14.
- MILLS, K. T. et al. *Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-based Studies from 90 Countries*. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979614/>>. Acesso em: 20 Jun. 2020. Citado na página 14.
- OPARIL, S. et al. *Hypertension*. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477925/>>. Acesso em: 16 Jun. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- PAGE, L. B.; DAMON, A.; MOELLERING, R. C. *Antecedents of Cardiovascular Disease in Six Solomon Islands Societies*. 1974. Circulation, Volume XLIX, June 1974. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.CIR.49.6.1132>>. Acesso em: 16 Jun. 2020. Citado na página 13.
- PNUD; IPEA; FJP. *Atlas do desenvolvimento humano*. 2020. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/1852>. Acesso em: 14 Jun. 2020. Citado na página 9.
- POULTE, N. R.; PRABHAKARAN, D.; CAULFIELD, M. *Hypertension*. 2015. The Lancet, volume 386, p.801-12. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673614614689>>. Acesso em: 16 Jun. 2020. Citado na página 13.
- RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 7–17, 2012. Citado na página 15.
- SAÚDE ministério da. *Vigitel brasil 2016: Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão*. 2016. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/media/uploads/PDFs/vigitel.pdf>>. Acesso em: 16 Jun. 2020. Citado na página 14.
- SBC et al. *7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. 2016. Sociedade brasileira de cardiologia. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>>. Acesso em: 06 Set. 2017. Citado na página 13.
- WHO. *Hypertension*. 2019. World health organization. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>>. Acesso em: 16 Jun. 2020. Citado na página 13.