



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Paôlla Alves de Faria

Relato de experiência: Métodos de captação de pacientes hipertensos na PMF Vila Ipiranga

Rio de Janeiro

2015

Paôlla Alves de Faria

**Relato de experiência: Métodos de captação de pacientes hipertensos na
PMF Vila Ipiranga**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Garcia Alejandro Vergara Figueroa

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, tendo uma importante relação com a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) e doença coronariana. Os avanços no conhecimento sobre a HAS permitem conceituá-la como uma doença sistêmica, fazendo-se acompanhar de alterações na função endotelial, na elasticidade arterial, na estrutura da parede arterial e no miocárdio. O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) indica que a atenção básica desenvolva atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Recomenda que a equipe de saúde reúna os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde, NASF: nutricionista, psicólogos, professores de educação física), bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família. A magnitude da Hipertensão Arterial, associado ao seu crescimento exponencial, obriga a Saúde Pública a ter um olhar diferenciado para essa patologia. Além disso, sua característica, em várias ocasiões, assintomática pode acarretar em um diagnóstico tardio e associado a suas complicações, comprometedoras da qualidade de vida do paciente. Portanto é primordial que se faça rastreamento da hipertensão arterial, buscando diagnóstico e intervenção precoce, minimizando assim os efeitos que podem ocorrer em decorrência da falta de controle da pressão arterial.

Descritores: Hipertensão arterial; Diagnóstico Precoce; Saúde da Família; DCNT

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 Situação Problema	4
1.2 Justificativa	5
1.3 Objetivos	6
Objetivo Geral	6
Objetivo Específico	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	8
3. METODOLOGIA	12
3.1 Público-alvo.....	12
3.2 Desenho da Operação.....	12
3.3 Parcerias Estabelecidas	14
3.4 Recursos Necessários	14
3.5 Orçamento	15
3.6 Cronograma de Execução	15
3.7 Resultados Esperados	15
3.8 Avaliação	16
4. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	18

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se mantém como um dos grandes desafios da saúde pública em todo o mundo. Sabe-se que a hipertensão arterial é uma entidade clínica multifatorial e definida como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, correlacionados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular) (KOHLMANN JR, 1999). Os números não negam a magnitude dessa patologia. Sua prevalência no Brasil pode variar entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O Ministério da Saúde, com seu sistema desenvolvido para o monitoramento de comportamentos de risco ou proteção para doenças crônicas na população das capitais brasileiras e do Distrito Federal, VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) (Vigitel – 2011), apresenta números próximos aos anteriores, com 22,7% de prevalência, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%) (BRASIL, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por não apresentar cura, exige tratamento adequado e para a vida inteira, a fim de se obter o controle dos níveis pressóricos, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida do portador.

A intervenção para o tratamento dessa doença pode ser não medicamentoso ou medicamentoso. O primeiro é, feito por meio do controle do peso, da melhora do padrão alimentar, da redução do consumo do sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse psicoemocional; já o medicamentoso tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico, conforme a gravidade do quadro (SBC, 2006).

Apesar da disponibilidade de tratamento efetivo, o controle da HAS encontra-se distante do considerado ideal pela falta de adesão ao mesmo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a aderência a uma terapia de longo prazo é o grau em que o comportamento de uma pessoa, isto é, tomar um remédio, seguir uma

dieta e mudar o estilo de vida, corresponde às recomendações do profissional que lhe prestou atendimento (WHO, 2003).

É válido lembrar que a adesão ao tratamento sofre influência de fatores próprios do paciente, de sua relação com os membros da equipe multiprofissional de saúde e do contexto socioeconômico (COELHO, 2006), além desses fatores, também é sabido que o controle da pressão arterial não é um objetivo fácil de ser alcançado. Estudo populacional brasileiro sobre o manejo da HAS em comunidade constatou que 2/3 se reconheciam hipertensos, 50% faziam tratamento com medicamentos e somente 1/3 tinha sua pressão arterial controlada (Piccini, 2012).

A atenção básica, estruturada e com atividades contínuas, parece desempenhar papel importante para melhorar o controle da pressão arterial. Resultados desejáveis estão unidos a várias linhas do cuidado, como o acesso aos medicamentos, diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e à maneira que estes aderem à terapêutica proposta (SANTA HELENA et al, 2010)

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) indica que a atenção básica desenvolva atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Recomenda que a equipe de saúde reúna os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde), bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, NASF.

1.1 Situação-problema

Diante de tal importância clínica, observou-se que o trabalho no Programa Médico de Família (PMF) Vila Ipiranga (setor 312), 50% dos hipertensos cadastrados não são acompanhados, sendo estes hipertensos com essa única morbidade ou associados à outra(s) comorbidade(s) e de diferentes faixas etárias. Este fato pode estar relacionado ao maior poder aquisitivo, acesso ao plano de saúde, horário de trabalho que geralmente equivale ao funcionamento do PMF e também ao fato que este grupo de pessoas não se sentem seguro em ir à unidade de saúde devido alto

índice de violência urbana. Há pacientes que justificam sua ausência por não achar necessário, já que são avaliados por especialistas na rede particular de saúde e outros que mantêm-se sem tratamento. Existe ainda, aquele grupo de pessoas que faz parte do que se chama Lei dos Cuidados Inversos (HART, 1971), onde os que mais necessitam dos serviços de saúde são os que menos tem acesso ao trabalho da nossa equipe e seria necessário outro estudo para saber como configurar o nosso serviço para melhor atendê-los. Em síntese, gostaria de expor aqui a importância no controle e acompanhamento destes pacientes para fim de minimizarmos o risco de complicações, aumentarmos a sobrevida, evitar surgimento de novas comorbidades e elucidar a importância do cuidado com o corpo e mente, além de promover educação em saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) aparece como um dos principais problemas de saúde pública por se tratar de uma doença crônica, multifatorial e com grande potencial de risco para doenças cardiovasculares. O número de portadores vem crescendo de forma exponencial, causando uma preocupação a cerca desse assunto. Nesse sentido, a HA requer ações de prevenção e de diagnóstico precoce, mediante atuação de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de controlar e retardar suas complicações (SANTOS et al, 2013)

Um desafio da ESF é controlar as doenças crônicas, causadoras de grande parte dos custos econômicos e sociais. Dentre esses agravos, destaca-se a HAS tanto por sua prevalência como pelo potencial de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Um dos papéis da ESF no controle desse problema é o apoio aos usuários através da educação em saúde (MENDES, 2012)

1.2 Justificativa

Este trabalho foi desenvolvido com o intuito de criar estratégias que visam aumentar a captação dos pacientes hipertensos cadastrados que não frequentam a Unidade de Saúde – independente do motivo – a fim de promover atividades em prevenção, promoção e diagnóstico de hipertensão arterial e suas comorbidades. Este trabalho também tem a intenção de promover ações em saúde que permita o

autocuidado relativos à alimentação, atividades físicas, a autonomia em relação ao controle da pressão arterial através de medicamentos e/ou cuidados não medicamentosos.

O que me motivou a realizar este projeto de intervenção foi perceber que a população do setor 312 já está sofrendo os efeitos mais graves de uma doença que pode ser bem controlada com atividades comunitária de educação e promoção em saúde. Igualmente foi o relato de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que ao contrário do que poderia se pensar o grupo mais vulnerável as complicações da HAS são os cadastrados que tem plano de saúde e que não frequentam a unidade por causa da violência, ou não controlam a doença por não darem a devida importância aos efeitos mais graves das complicações. Desta forma acredito que meu projeto de intervenção pode mudar esta realidade – a médio e longo prazo – na perspectiva da prevenção e promoção.

1.3 Objetivos

- Objetivo geral

Aumentar o vínculo e a captação de pacientes hipertensos cadastrados, mas não acompanhados no PMF Vila Ipiranga, através de atividades comunitárias de promoção em saúde.

- Objetivos específicos

- Identificar quais pacientes não estão com a gerência de hipertensão arterial atualizada e agrupá-los por ruas e por faixa etária.
- Realizar visitas domiciliares com enfermeiro, técnico de enfermagem e médico em horário de campo, para consulta com anamnese completa, otimização do tratamento e aferir sinais vitais, hemoglicoteste, antropometria e Índice de massa corporal.
- Investigar o motivo pelo qual há baixa procura pelo paciente na unidade de saúde além de promover atividades educativas e de promoção sobre a importância em manter o tratamento mais adequado a fim de preservar a autonomia do mesmo no sentido de evitar complicações da doença.

- Implantar a “Tenda Espaço da Saúde” onde enfermeira, técnicas e médicas organizem tendas nas ruas onde há menor procura pelo módulo com o intuito de aferir PA, realizar hemogluco teste e antropometria além de esclarecer dúvidas e orientar sobre o uso correto das medicações.
- Capacitar as agentes comunitárias no sentido de ganharem autoconfiança em realizar atividades educativas e formas de melhorar o acesso às consultas médicas.
- Realizar atividades em educação em saúde na sala de espera e grupoterapia.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira relaciona-se com vários fatores, incluindo a diminuição da fertilidade, ao aumento da expectativa de vida, ao aumento de um grupo de doenças conhecidas como crônicas degenerativas, à maior sobrevivência de lesados medulares e de acidentes vasculares, bem como de outras doenças e agravos incapacitantes. Esse cenário aumenta a demanda por assistência à saúde. (MS, 2014)

O crescimento epidêmico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente doenças cardiovasculares, pode ser atribuído ao aumento da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças, além das mudanças na pirâmide demográfica, com o aumento da expectativa de vida da população.

As DCNT são as doenças que mais causam mortalidade no mundo e no Brasil. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007), cerca de 58,5% de todas as mortes no mundo ocorrem em decorrência desse grupo de patologias. Sendo as doenças cardiovasculares (DCV), inclusive a HAS, que é a mais prevalente, as maiores causas de mortalidade nos países desenvolvidos. É uma das principais causas de internações hospitalares (1,2 milhões de hospitalizações) que envolvem custos elevados, cerca de 650 milhões de dólares/ano. No Brasil cerca de 30% da mortalidade geral é originário deste problema, sendo esta patologia responsável por uma abrangência de aproximadamente 36 milhões de brasileiros adultos. Com fator de risco elevado para lesões cerebrovasculares e cardíacas, sendo esta a terceira causa por invalidez (DUNCAN et. al., 2012)

A hipertensão arterial se destaca dentre as doenças cardiovasculares por ter uma história natural prolongada, de origem multifatorial, como a interação de causas etiológicas e biológicas conhecidas e desconhecidas, marcada por longos períodos de latência. Apresenta curso clínico em geral assintomático, constante, para toda a vida, com períodos de manifestações clínicas estáveis e outros de exacerbação, evoluindo para graus variados de incapacidades ou para a morte. (BRUM, 2006)

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua continuada e crescente estruturação viabilizaram maior acesso e forte controle social, principalmente com um dos pilares desse sistema, que é a equidade, que significa oferecer o que é

necessário para a população assistida e na mesma proporção de suas necessidades, tentando romper o paradigma da lei do cuidado inverso (HART, 1971). Nesse novo cenário permitiu a formulação de políticas públicas para o enfrentamento das DCNT (NORMAN, 2009). Duas políticas públicas implementadas nas últimas décadas merecem destaque por sua provável contribuição ao combate as DCNT: o combate ao fumo e a ampliação do acesso aos cuidados qualificados de atenção primária à saúde (APS), principalmente com a Estratégia Saúde da Família (DUNCAN et. al., 2012).

O uso do domicílio como espaço de atenção procurou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar. (MS, 2014)

A família é a primeira rede em que o ser humano busca auxílio, apoio e cuidado informal. Porém, nem sempre a família consegue fornecer um apoio eficiente e adequado a este indivíduo, pois muitas vezes a necessidade apresentada refere-se aos aspectos mais formais e técnicos, ou de áreas que fogem ao domínio familiar. E é nestes momentos que o apoio que advindo da rede formal, representada pelos profissionais de saúde, demonstra ser relevante para uma melhora significativa na qualidade de vida dos indivíduos (FAQUINELLO et al, 2010).

Os profissionais de saúde que desenvolvem o cuidado a usuários com o diagnóstico de hipertensão arterial devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos dessa patologia, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurem o cuidado integral e humanizado (SANTOS, 2013).

Estudos avaliam o impacto da HAS na Qualidade de Vida (QV), sugerindo que a cronicidade da HAS, a terapia medicamentosa e as possíveis complicações clínicas interferem na capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual e atividades cotidianas, que são determinantes para o comprometimento da chamada Qualidade de Vida (ANDRADE et al, 2014).

Qualidade de Vida é um conceito que vem adquirindo importância na sociedade em geral e é muito apreciado, sobretudo em relação aos adultos e idosos,

considerado referencial no âmbito da saúde e no planejamento de políticas sócias sanitárias para a população. Segundo a Organização Mundial da Saúde, QV corresponde à "percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Diante disso procura-se a adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas como a HAS. Essa questão tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial. Sob o ponto de vista do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do auto-cuidado e de hábitos e atitudes saudáveis.

Como fatores que dificultam a adesão, destacam-se a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações não positivas relacionadas à doença e ao tratamento. No caso da HAS, vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo, principalmente no que se refere a alimentação (RIBEIRO et al, 2012) (FAQUINELO, 2011).

O consumo crônico de dieta rica em sódio está associado com elevação da pressão arterial e mortalidade por doenças cardiovasculares (COSTA, 2010). O sal comum é a principal fonte de sódio na alimentação correspondendo a 40%, sendo empregado rotineiramente no preparo dos alimentos e à mesa, além disso, é utilizado na conservação dos alimentos, por esse motivo os industrializados como temperos prontos, salgadinhos, queijos e embutidos possuem altas quantidades de sal (NAKASATO, 2004). Devido à variedade de quantidade de sal nos alimentos e a imprecisão de mensurar a quantia adicionada aos alimentos, se torna muito difícil fazer uma avaliação fidedigna do seu consumo na população¹³. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (IBGE, 2011) de 2008-2009 confirmam que os brasileiros consomem mais sódio do que o indicado pela OMS, no ano de 2013, essa mesma organização baixou ainda mais a recomendação para indivíduos

saudáveis, sendo que o consumo atual deve ser inferior a 2 gramas de sódio ou menos de 5 gramas de sal (WHO, 2013).

Diante desses aspectos, o diagnóstico precoce da hipertensão arterial é importante para que se estabeleça a terapêutica indicada para o paciente e minimizando o aparecimento das complicações, assim como o início imediato do trabalho educativo para que haja o entendimento do hipertenso acerca da doença e aumentando dessa maneira a adesão do mesmo ao tratamento proposto.

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

O público alvo desse projeto de intervenção são pacientes hipertensos da PMF Vila Ipiranga de ambos os sexos e faixa etária acima de 18 anos.

3.2 Desenho da operação

A partir do início do trabalho na comunidade da Vila Ipiranga pôde se perceber o grande volume de pacientes hipertensos no local. Durante reunião para coleta de dados do SIAB entre mim (médica) e minha equipe (enfermeira, técnica de enfermagem e ACS's), entendemos o tamanho do abandono do tratamento dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Com isso, foi firmado um acordo de intervenção sistemática na comunidade visando a melhoria da qualidade de vida e prevenção das complicações decorrentes dessa patologia não e/ou mal tratada.

Criamos maneiras de aumentar a procura por atendimento médico além de programar conhecimentos através de educação em saúde partindo do princípio que a mesma deve estar ainda mais perto deles, em suas residências, por exemplo. O projeto se baseia em implantar tendas nomeadas "Espaço da Saúde" de 15 em 15 dias nas ruas, assim uma demanda espontânea do entorno será atraída e nesse momento poderão ser aferidos: peso e altura para o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e diagnóstico nutricional da população; Pressão Arterial; e realização de HGT. Além desses parâmetros, as pessoas ainda serão orientadas quanto ao uso correto da medicação e ressaltando a importância do tratamento não medicamentoso.

As visitas domiciliares também farão parte desse projeto de intervenção, com a presença da equipe multidisciplinar incluindo os ACS's, técnica, enfermeira e médico nos pacientes que há muito tempo não vão ao módulo, sempre com a intenção de promover saúde e ser um multiplicador de informação já que os próprios

pacientes são disseminadores de informações e acreditamos que dessa maneira podemos aumentar o raio de ação das atividades propostas.

Não esquecendo os usuários que já freqüentam a unidade, já foram iniciados grupos direcionados aos hipertensos e também para sala de espera.

Houve a necessidade de capacitação das ACS's com informações fidedignas e principalmente desconstrução de mitos sobre o tema, para que sejam mais um meio de promoção em saúde e fonte de ensinamento para os pacientes. Foram ensinadas sobre a maneira correta de se fazer abordagem junto ao paciente, e principalmente explicar sobre as complicações sobre as quais os portadores de HAS estão sujeitos, ainda que as mesmas não tenham formação na área da saúde, elucidando dúvidas básicas e encaminhando para mim caso haja necessidade.

Ao optarmos por iniciar a grupoterapia tivemos que assumir ainda mais responsabilidades, pois a mesma requer um grande conhecimento sobre o tema, o processo saúde/doença na teoria e habilidades comunicativas. Nós a idealizamos como mais um método para melhorar a adesão aos medicamentos e solucionar dúvidas, mas principalmente mantermos uma escuta ativa, reflexão sistemática, debate entre os pacientes onde todos expõem suas dificuldades enfrentadas com a patologia servindo também de exemplo para os que não aceitam a doença/tratamento, além de exporem também suas ideias sobre mudanças de hábitos de vida. Ou seja, integrando experiências. Para nós da equipe foi um meio facilitador para melhor identificação das necessidades da comunidade.

Quando demos início às atividades começamos a observar as dificuldades que encontraríamos pela frente. A maior delas foi não encontrarmos pessoas na residência, ou ninguém nos atendia ou outra pessoa sem ser o paciente estava na residência. Ainda há aqueles que têm certo preconceito ou receio em abrir a porta para nós, pois abrir a porta de suas casas torna-se para alguns, uma invasão de privacidade. Mas ainda assim, é a melhor maneira de promover educação em saúde. Digo isso, pois observamos que durante a primeira montagem da tenta "Espaço e Saúde" poucas pessoas nos deram retorno da maneira esperada. Assim também ocorreu com os grupos, porém neste caso os problemas vieram pela presença da violência local, adaptação ao espaço físico, horário e má adesão pelos

usuários. Deste modo concluímos que a visita domiciliar/busca ativa foi o melhor meio para orientação e captação dos mesmos.

Outra dificuldade encontrada e não menos importante, é o alto índice de violência local. Inúmeras foram às vezes que tivemos que adiar ou interromper nosso trabalho por conta da presença da polícia na comunidade ou pelos tiroteios. Estas e outras ações da polícia/bandido atrasaram nossas tarefas e foram determinantes na redução da taxa de pacientes acompanhados.

Além dessas, ainda há um fator decisivo na eficácia do manejo do tratamento da hipertensão arterial: ter medicação na farmácia da Unidade de saúde. A cada visita e a cada consulta aumentam as reclamações dos usuários quanto à falta da medicação prescrita. Por isso, para evitar que isso impeça o paciente de manter o tratamento adequado, eu os oriento a buscarem sempre na farmácia popular onde o risco do medicamento estar em falta é muito mais baixo. Porém, é sabido que a grande maioria dos pacientes hipertensos da comunidade são pessoas de baixo poder aquisitivo e em alguns casos torna-se difícil que os mesmos paguem as taxas cobradas pela farmácia popular. Então, nesses casos, somos obrigados a mudar a medicação de acordo com as que estão disponíveis no posto. Sei que esta conduta não é a mais adequada, mas também não posso deixar que meus pacientes e acredito que isto possa evitar as complicações desencadeadas por uma hipertensão arterial não tratada.

3.3 Parcerias Estabelecidas

Todas as equipes da Clínica da Família serão convocadas para participar do projeto.

3.4 Recursos Necessários

Haverá necessidade de papel e caneta para os registros da pressão arterial, peso, altura e IMC nos dias das visitas domiciliares, também para serem distribuídos nos dias das palestras e para a confecção de panfletos. No dia da Tenda também foi necessário mesas e cadeiras.

3.5 Orçamento

Para a execução desse projeto de intervenção não foi necessário recurso financeiro, já que o material utilizado como, mesas, cadeiras, balança, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio e aparelho de HGT, faziam parte do patrimônio da unidade PMF Vila Ipiranga.

3.6 Cronograma de execução

Atividades/Meses	Abr/15	Jun/15	Jul/15	Ago/15
Reunião com a equipe	x	x	x	X
Divulgação do evento	x	x		
Início da Ação Social		x	x	
Início dos grupos				X

3.7 Resultados esperados

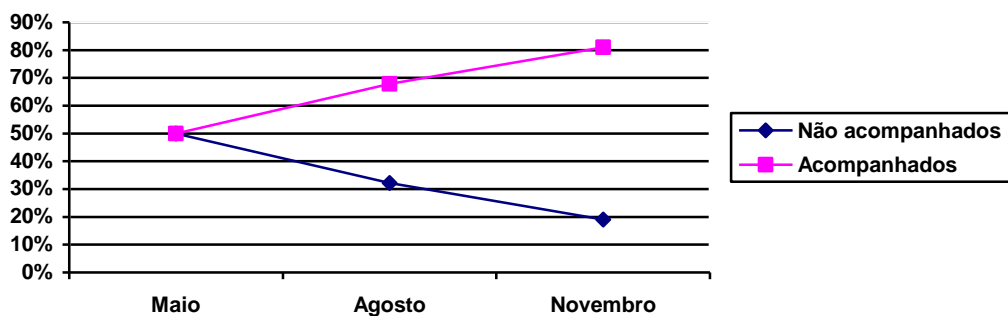
Espera-se reduzir a porcentagem de paciente cadastrados que não são acompanhadas devida a baixa procura dos pacientes ao posto de saúde além de reduzir índices de má adesão ao tratamento e complicações. O principal objetivo é atingir 80% de adesão dos pacientes hipertensos, quando no início eram apenas 48,9%.

Os resultados foram satisfatórios nesses primeiros três meses de trabalho (maio, junho e julho). Inicialmente, 50% dos pacientes adscritos, diagnosticados como hipertensos, não eram acompanhados e após a implementação do projeto, obtivemos redução de 18% desses pacientes hipertensos inseridos no grupo dos não acompanhados gerando um total de 68,8% de adesão com 32,2% sem acompanhamento (Gráfico 1). No SIAB referente ao mês de novembro, houve maior

resposta ao nosso trabalho e conseguimos alcançar nosso objetivo: 81% de adesão dos pacientes hipertensos.

O projeto visa manter as visitas domiciliares e atraindo cada vez mais pacientes ao módulo e, ainda, para que os mesmos passem a entender e até mesmo sentir prazer em procurar maneiras de manterem a longevidade e envelhecerem com cada vez mais saúde.

Gráfico 1- Variação percentual de pacientes hipertensos acompanhados e não acompanhados do PMF Vila Ipiranga entre os meses de Maio e Novembro de 2015



Durante a confecção desse trabalho eu e minha equipe aprendemos muito e nos sentimos honrosas por poder trazer orientação em saúde a nossa comunidade e mais ainda por termos resultados! Tenho a esperança que esse projeto se perpetue e atraia cada vez mais pessoas a se cuidarem independentes da patologia que possuem.

3.8 Avaliação

A avaliação será realizada através de visitas domiciliares aos participantes para aferição e registro da pressão arterial, além de entrevistas informais para saber se o hipertenso mudou alguns hábitos do estilo de vida e na alimentação.

4. CONCLUSÃO

Existe a necessidade que a aferição da pressão arterial se torne uma rotina e que seja realizada com frequência pelas pessoas com ou sem história familiar de hipertensão, além de um maior controle da massa corporal e na alimentação de uma maneira geral, para que seja minimizado os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica. Dessa maneira, aumentaria a captação precoce dos portadores de hipertensão e reduziria as complicações originadas dessa DCNT.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Marcus Oliveira et al . Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, ago. 2014 .

BRASIL. Ministério da saúde. Atenção domiciliar no sus : resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da saúde. Organização Pan-americana da Saúde. – Brasília : Ministério da saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica, 16).

BRUM, P.C. Hipertensão e exercício físico. In: **Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata**. 2ed. rev e ampl. São Paulo: Manole, 2006.

COELHO, E.B; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**. V.13, n.1 p.51-4, 2006.]

COSTA, P.F; MACHADO, H.S. O consumo de Sal e Alimentos Ricos em Sódio Pode Influenciar na Pressão Arterial das Crianças?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1383-1389, 2010.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, dez. 2012 .

FAVORETO, C.A.O.; JR, K.R.C. A narrative como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, dez. 2010

Hart JT. The inverse care law. **Lancet** [periódico na internet]. 1971;1(7696):405-12.

KOHLMANN JR., Osvaldo et al . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 257-286, Aug. 1999 .

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Health, United States, 2005: with chartbook on Trends in the Health of Americans*. Hyattsville, Maryland: 2005

NAKASATO, M. Sal e hipertensão arterial. **Rev. Bras.Hiperten**. 2004; 11(2):95-97.

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

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2011, 150 p.

PICCINI, Roberto Xavier et al . Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 3, jun. 2012

RIBEIRO, Amanda Gomes et al . Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 25, n. 2, p. 271-282, Apr. 2012 .

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; NERY, Adriana Alves; MATUMOTO, Silvia. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 1, fev. 2013 .

Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Tratamento não medicamentoso. São Paulo: SBH; 2006. p.48

World Health Organization. Issues new guidance on dietary salt and potassium. 31 de janeiro de 2013. [acesso 2013 nov 5] disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/salt_potassium_20130131/e/

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. [texto na internet] Geneva: WHO; 2003. [cited 2008 May 15]. Available from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf