

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

ALEXSANDRO NASCIMENTO OLIVEIRA

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ATRAVÉS DA
IMPLEMENTAÇÃO DO TERCEIRO TURNO**

SÃO LUIS
2017

ALEXSANDRO NASCIMENTO OLIVEIRA

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ATRAVÉS DA
IMPLEMENTAÇÃO DO TERCEIRO TURNO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção básica em Saúde.

Orientador (a): Prof. Raimundo Luis Silva Cardoso

SÃO LUÍS
2017

Oliveira, Alexsandro Nascimento

Prevenção e tratamento da hipertensão arterial através da implementação do terceiro turno./Alexsandro Nascimento Oliveira. – São Luís, 2017.

23 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Família. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

ALEXSANDRO NASCIMENTO OLIVEIRA

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ATRAVÉS DA
IMPLEMENTAÇÃO DO TERCEIRO TURNO**

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Raimundo Luis Silva Cardoso
Mestre em Saúde e Ambiente
Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

Este trabalho apresenta um Projeto de Intervenção que trata da melhoria dos níveis pressóricos dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde da família “21 de setembro” em Alagoinhas, Bahia, através da implementação de turno diferenciado de atendimento (terceiro turno) a fim de alcançar pacientes que não possuem disponibilidade de horário para o acompanhamento clínico efetivo e prevenção de doenças relacionadas a Hipertensão Arterial Sistêmica. Níveis elevados de pressão arterial são responsáveis pelo desenvolvimento de várias doenças cardiovasculares que posteriormente trazem complicações que poderiam ser evitadas com o acompanhamento médico da Unidade de Saúde. Levando em consideração a demanda muitas vezes maior do que a capacidade de atendimento nos horários regulares, a proposta de terceiro turno favorece um atendimento mais humanizado além de desafogar os horários regulares e alcançar pessoas que devido ao trabalho ou estudo não conseguem buscar atendimento na Unidade.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Intervention project that deals with the improvement of blood pressure of the patients seen in family health unit-21 September in Alagoinhas, Bahia, through the implementation of differentiated service shift (third round) in order to reach patients who do not have availability of time for effective clinical follow-up and prevention of Hypertension-related diseases. Blood pressure levels are responsible for the development of various cardiovascular diseases which bring complications that could be avoided with the medical follow-up of the Health Unit. With a demand many times greater than the capacity on a regular schedule, the proposal for a third shift favors a more humanized service in addition to regular schedules and reach people that due to work or study they can't get care in the unit.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Family Health

.

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	6
1.1 Título	6
1.2 Equipe Executora	6
1.3 Parcerias Institucionais	6
2. INTRODUÇÃO	6
3. JUSTIFICATIVA.....	9
4. OBJETIVOS	13
4.1 Geral.....	13
4.2 Específicos	13
5. METAS	13
6. METODOLOGIA	14
7. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	15
8. IMPACTOS ESPERADOS	16
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	18

1. IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Prevenção e tratamento da hipertensão arterial através da implementação do terceiro turno.

1.2 Equipe Executora

- Alexsandro Nascimento Oliveira
- Raimundo Luis Silva Cardoso

1.3 Parcerias Institucionais

- Secretaria Municipal de Saúde – Alagoinhas-Ba.
- Núcleo de Educação Permanente em Saúde – Alagoinhas-Ba.

2. INTRODUÇÃO

O município de Alagoinhas está localizado no leste do Estado da Bahia e possui uma população estimada em 2016 de 155.362 habitantes (IBGE, 2016). Possui comércio bem desenvolvido e suas atividades econômicas a tornaram cidade pólo de sua região. Segundo o IBGE (2016), existem 42 estabelecimentos de saúde SUS na cidade, além das instituições particulares.

A Rede Básica de Saúde Municipal de Alagoinhas possui 25 Unidades de Saúde da família que atendem aos cidadãos nos serviços de Atenção Primária à Saúde dentre eles o acompanhamento de Hipertensão, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica. A partir do trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde 21 de setembro foi possível detectar alta prevalência de Hipertensão Arterial (HAS), sendo este o principal problema de saúde identificado.

Lessa (2001, p. 383) citado por Neves (2008, p. 1662) afirma que,

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, que tem se revelado como um dos mais importantes problemas de saúde pública do Brasil, com prevalências entre 10% e 42%, dependendo da região, subgrupo populacional ou critério de diagnóstico utilizado.

A realidade dos pacientes da Unidade de Saúde da Família tem corroborado com este quadro, pois verifica-se que a maioria dos pacientes adultos apresentam problemas de saúde relacionados a fatores de risco como obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, maus hábitos alimentares, estresse. Tais fatores podem ser controlados, reduzidos ou até mesmo evitados dependendo do trabalho preventivo e contínuo a ser realizado na USF. Daí a importância da aplicação desse projeto de intervenção para que a comunidade tenha uma melhora na qualidade e expectativa de vida.

“O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo” (FRANCO; MEHRY, 1999, p. 32).

A proposta de ampliação do horário de atendimento ao público através do terceiro turno visa atender uma necessidade específica dos pacientes que não podem comparecer à USF por motivo de ocupação coincidente com o horário de atendimento regular. Além disso, fortalece o vínculo da comunidade com a instituição pois atende o anseio de muitas famílias que devido a uma rotina de trabalho intensa e por dificuldades de ordens variadas, negligenciam os meios de prevenção a várias doenças por não comparecerem à Unidade de Saúde.

Composta por aproximadamente 8.000 moradores, a comunidade do bairro 21 de setembro é uma das maiores do município de Alagoinhas. Na USF estão cadastrados 6.000 pacientes, atendidos por uma equipe de 9 profissionais, sendo 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico em enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde. O horário de atendimento é das 07:00h às 16:00h e mesmo com agendamento de horário muitos pacientes comparecem ao posto em busca de atendimento imediato, o que demonstra uma demanda reprimida a qual necessita ser acompanhada.

Além disso, segundo Figueiredo (2010, p. 57),

O funcionamento das Unidades Saúde da Família (USF) se dá pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais (...) sendo cada equipe responsável

por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4000 habitantes.

Nessa perspectiva a USF 21 de setembro já está com um número elevado de pacientes cadastrados, o que justifica a proposta apresentada, mesmo se não fosse considerada a necessidade de uma alternativa de horário. Vê-se portanto a relevância desse projeto que será inovador no sentido de acolher pacientes que não eram alcançados por aspectos de prioridades de horários.

Verifica-se também que, “sendo a hipertensão um problema de saúde que atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e, surpreendentemente, a 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil” (PORTAL BRASIL, 2011), se não for dada a devida atenção em tempo adequado, os pacientes poderão desenvolver processos patológicos graves e comprometedores a sua qualidade de vida.

Através do atendimento detectou-se que uma das principais dificuldades enfrentadas é o controle dos níveis pressóricos dos pacientes devido ao não comparecimento regular à Unidade de Saúde para aferição da Pressão Arterial.

Segundo o Ministério da Saúde e o Departamento de Atenção Básica, a Hipertensão Arterial Sistêmica está entre os problemas mais comuns enfrentados pelas equipes de Saúde. Estudos realizados em países que possuem rede estruturada de Atenção Básica tem demonstrado que 90% da população adulta realiza consulta com médico de família pelo menos uma vez ao ano (SHARMA et al. 2004). Ainda assim, as dificuldades no diagnóstico e continuidade ao tratamento prevalecem.

No contexto da UFS 21 de setembro foram realizadas algumas iniciativas para que os pacientes mantivessem uma frequência regular ao posto de saúde através da busca ativa porém verificou-se que não surtiu o efeito esperado pois o horário de trabalho da maioria coincide com o horário de funcionamento da Unidade. Nesse caso os procedimentos se restringiam à primeira consulta e assim o controle da pressão arterial ficava comprometido.

Diante do exposto este projeto pretende tornar o acesso ao atendimento da USF mais adequado às condições de vida da população através da implementação do terceiro turno, ampliação o atendimento no horário noturno como uma alternativa para aqueles que não conseguem buscar atendimento no horário regular de atendimento da Unidade. Conforme o Ministério da Saúde orienta no Caderno de Atenção Básica, nº 37,

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros. (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013, pág. 29)

Sendo a hipertensão um dos problemas de maior evidência na comunidade atendida, certamente estaremos auxiliando a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e prevenindo várias doenças cardiovasculares.

3. JUSTIFICATIVA

Há muito tempo se reconhece que a hipertensão arterial é o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoces causadas por doenças cardiovasculares. No Brasil e no mundo a HAS é um grave problema de saúde pública e sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos entre 60 e 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, no Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 1).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Diante disso, a prevenção e tratamento da hipertensão tem como um dos principais desafios o aumento da sua detecção, a qual inicia com a apropriada aferição.

Pesquisas populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (ROSÁRIO, 2009).

Quanto aos fatores de riscos a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 2) afirma que

(...) a idade tem uma relação direta e linear com a PA, sendo que a prevalência de HAS é superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos; quanto ao Gênero a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década; em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com

abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas.

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão; ingestão excessiva de sódio também tem sido correlacionada com elevação da PA. “A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de HAS” (SBC, 2010, p.2).

Em populações brasileiras o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas; Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. Para Carretero e Oparil (2000) existe uma contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS que está bem estabelecida na população.

Segundo Nadruz Junior (2001, p.414),

A hipertrofia e o remodelamento ventricular representam mudanças estruturais adaptativas do ventrículo esquerdo em resposta à hipertensão arterial. Apesar de consideradas compensatórias, essas alterações estão associadas a maior risco de morbimortalidade cardiovascular. Embora a pressão arterial seja a principal determinante da massa e geometria ventricular esquerda, diversos fatores ambientais e genéticos podem exercer influência no fenótipo ventricular.

Existe ainda uma classificação da Hipertensão Arterial a qual considera que a mesma pode ser primária ou essencial quando não apresentar “causa única conhecida, embora haja múltiplos fatores de risco. Caso a elevação pressórica resulte de alguma doença já conhecida ou uso de medicamentos de ação hipertensiva, denomina-se secundária.” (TIMERMAN, 2000 p. 194) citado por (MONTEIRO, 2005, p. 74) Um exemplo deste caso é a hipertensão resultante da isquemia renal.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a prevenção, a detecção precoce e o tratamento sistemático da hipertensão garantem melhor qualidade de vida e evitam as complicações ou retardam a progressão daquelas já existentes.

Castro (1999, p.376) citado por Monteiro (2005, p. 74) afirma que

As ações de promoção de saúde, articuladas em equipe multidisciplinar mostram-se fundamentais para a conscientização adequada do paciente, visando não somente o controle, como também a prevenção em grupos de risco, que são aqueles que apresentam os seguintes precedentes: dislipidemia, tabagismo, diabetes melito, idade acima de 60 anos, homem pós-andropausa ou mulher pós-menopausa e abaixo de 65 anos ou homens abaixo de 65 anos com história de doença cardiovascular.

Pesquisas atuais demonstram que a hipertensão arterial sistêmica ocorre quando por algum motivo os índices de pressão diastólica ou sistólica de um determinado indivíduo se elevam a mais de 90 mm Hg e 140 mm Hg respectivamente. Não há dados que tentem relacionar este mal, a algum tipo de sintoma específico, motivo pelo qual tal doença é considerada um mal silencioso, mas sabe-se porém que é prevacente sua ocorrência em casos de patologias renais e por alterações na ingestão de fármacos que contribuam para seu aparecimento.

O aparecimento da hipertensão é facilitado também pelo excesso de peso, sedentarismo, elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio e consumo excessivo de álcool, além de estresse emocional, tabagismo, diabetes, entre outros fatores.

Para que seja possível aumentar a detecção de problemas com hipertensão faz-se necessário que os pacientes desenvolvam uma rotina de avaliação na USF a qual pode ser muitas vezes negligenciada em virtude das atividades diárias e prioridades com as quais os indivíduos organizam suas vidas. O trabalho é uma necessidade básica de sobrevivência, por isso as pessoas não conseguem priorizar a saúde quando não contam com uma estrutura que se adeque às suas condições de vida.

Nessa perspectiva se baseia a proposta desse projeto, onde apresentamos a ampliação do atendimento no horário noturno - TERCEIRO TURNO - como uma alternativa viável e adequada para que a população dê continuidade aos seus tratamentos de saúde sem comprometer outras tarefas primordiais do dia a dia.

Muitas empresas privadas já se atentaram para esse enfoque, pois sabem que a população de um modo geral não consegue acesso aos cuidados de saúde devido a não ter disponibilidade de horário.

Na gestão pública ainda é uma novidade mas algumas prefeituras já tem experimentado e divulgado a experiência como é o caso da Prefeitura de São Caetano do Sul no Estado de São Paulo que já implementou o terceiro turno em algumas Unidades básicas de Saúde com o objetivo de tornar o atendimento mais humanizado,

desafogar o atendimento nos hospitais além de oferecer uma alternativa para aqueles que trabalham ou estudam durante o dia todo e poderão buscar atendimento no horário ampliado (YORT, 2015).

Assim, a proposta do terceiro turno atende uma demanda da nossa sociedade além de demonstrar como o serviço público pode ter maior eficácia no seu alcance.

No que tange aos problemas relacionados com a hipertensão que afeta uma grande parte dos pacientes da USF 21 de setembro, estamos lidando com um problema de saúde que pode desencadear doenças variadas e que deveriam ser evitadas com as visitas à USF e avaliações médicas. Porém, muitos pacientes não iniciam os tratamentos ou mesmo não dão continuidade pois se queixam de não terem tempo para comparecer à Unidade.

Assim, a proposta apresentada nesse projeto vem inovar no sentido de oferecer uma alternativa de horário diverso no serviço público em geral e assim acolher e cuidar dos problemas da comunidade cumprindo seu objetivo principal: melhorar a qualidade de vida da população.

A coleção Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde apresenta em seu tópico - Panorama da Hipertensão Arterial Sistêmica – uma definição para HAS como sendo causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Temos portanto um quadro de como a HAS afeta a vida das pessoas, sendo que suas consequências podem ser evitadas a partir do Atendimento orientado e planejado na Unidade de Saúde Básica. O que pode ser melhorado com a ampliação dos turnos de atendimento.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

- Implantar o terceiro turno de atendimento ao público com intuito de melhorar os níveis pressóricos e fatores de risco para hipertensão na Unidade Básica de Saúde 21 de setembro no município de Alagoinhas-Bahia

4.2 Específicos

- Ampliar o horário de atendimento até o turno noturno - TERCEIRO TURNO - como uma alternativa para que os pacientes possam priorizar o cuidado com a saúde.
- Orientar hábitos de vida para melhoria dos níveis pressóricos;
- Incentivar o cuidado sobre o controle da doença para evitar complicações;
- Promover através de palestras e oficinas o comprometimento dos pacientes com a continuidade no tratamento da HAS.

5. METAS

1. Apresentar o projeto de intervenção junto à Secretaria Municipal de Saúde;
2. Compor a equipe de trabalho para o terceiro turno com pelo menos 5 profissionais sendo um médico, um enfermeiro, um técnico e dois agentes de saúde;
3. Oferecer em parceria com o Núcleo Permanente de Educação em Saúde capacitação para 100% da equipe que atuará no atendimento em terceiro turno;
4. Realizar atendimentos médico com intuito de diagnóstico e detecção junto aos pacientes das condições de saúde e principais dificuldades com o tratamento de HAS;
5. Organizar horários e escala de trabalho na UFS para o terceiro turno;
6. Desenvolver três oficinas junto à comunidade com os seguintes temas:

- Como identificar fatores de risco para a HAS
 - Alimentação e saúde
 - Atividade física e bem estar
7. Implementar três palestras junto à comunidade com as seguintes temáticas:
 - Prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica;
 - Cuidados para prevenir e tratar a hipertensão arterial sistêmica;
 - Hábitos alimentares que auxiliam o tratamento de doenças;
 8. Organizar com os Agentes Comunitários de saúde agenda de visitas específicas para os pacientes de HAS com o objetivo de identificar dificuldades.
 9. Avaliar o andamento do projeto através de observação, relatos e verificar necessidade de redirecionamento e/ou adequação das estratégias adotadas, utilizando dados oriundos de: consultas subsequentes; resultados da pressão arterial sistêmicas e medidas; visitas dos Agentes de saúde aos hipertensos e diabéticos e das reuniões de equipe do PSF.

6. METODOLOGIA

O Projeto será apresentado à Secretaria de Saúde para avaliação e consulta uma vez que a implementação do terceiro turno dependerá da autorização da mesma. Também será feita exposição do projeto à equipe de trabalho da USF e em seguida o levantamento dos profissionais e seus horários de trabalho para os devidos ajustes e adaptações à escala para o terceiro turno.

A composição da equipe será feita a partir dos profissionais que já atendem no USF e o treinamento será realizado pelo médico em parceria com o Núcleo Permanente de Educação em Saúde.

Levantamento inicial dos pacientes que apresentam dificuldade em ir a unidade de saúde em seu horário convencional, devido as suas atividades de trabalho que impossibilitam de estar na unidade. Para tanto, ampliaremos em um dia na semana o terceiro turno que compreenderá das 17h às 21h para atendimento e consulta médica.

Os agentes de saúde farão a etapa inicial de identificação e encaminhamento destes pacientes ao horário do terceiro turno após verificarem a disponibilidade de horário dos mesmos conforme sua rotina de trabalho. Após consulta e avaliação pelo médico da existência dos fatores de risco para hipertensão, estes pacientes serão

direcionados ao projeto dando início à proposta de intervenção. Os que não forem identificados com HAS e fatores de risco serão orientados para darem continuidade aos cuidados com a saúde.

A partir da primeira consulta será realizada a Avaliação médica para diagnóstico a fim de que sejam iniciados os procedimentos necessários ao tratamento e cuidado dos pacientes.

Em conjunto com os Agentes Comunitários será realizado o cadastro dos pacientes que não tem conseguido comparecer às consultas regulares por motivo de indisponibilidade de horário para ajustar os horários de atendimento.

Palestras e oficinas serão realizadas alternadamente a cada dois meses para informar, conscientizar e alertar sobre riscos à saúde, formas auxiliares de tratamento, busca por melhor qualidade de vida, além de promover e incentivar um aprendizado sobre as condições adequadas de saúde.

A Avaliação do projeto será realizada com o intuito de promover o permanente acompanhamento do Projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos e do eventual redirecionamento ou adequação das estratégias adotadas, utilizando-se dados obtidos através de:

1. Consultas subsequentes;
2. Resultados da pressão arterial sistêmicas e medidas glicêmicas capilar;
3. Visitas dos Agentes de saúde aos hipertensos e diabéticos
4. Reuniões de equipe do PSF para avaliação do projeto
5. Reunião de avaliação tanto da equipe de saúde, quanto da comunidade para avaliação de pontos positivos e negativos do projeto.

7. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Quem	Mês 06/17	Mês 08/17	Mês 10/17	Mês 12/17	Mês 02/18	Mês 04/18	Mês 06/18
Apresentar projeto para SESAU	Médico	X						
Avaliação médica para diagnóstico	Médico							
Composição e treinamento da equipe		X	X					

	Médico Enfermeira							
Busca ativa e cadastramentos dos pacientes	Acs		X	X	X	X	X	
Planejamento e realização de oficinas e palestras	Equipe		X	X	X	X	X	X
Avaliação do projeto	Equipe e Comunidade		X	X	X	X	X	X

8. IMPACTOS ESPERADOS

1. Aumento na frequência dos pacientes à Unidade de Saúde para acompanhamento e cuidados com a saúde;
2. Melhoria nos quadros de Hipertensão Arterial Sistêmicas nos pacientes que dão prosseguimento aos tratamentos;
3. Diagnóstico precoce de HAS e outros agravos a saúde;
4. Detecção preventiva de doenças que podem ser agravadas a partir da HAS.
5. Melhora na qualidade de vida dos moradores atendidos pela USF, o que poderá ser avaliado pelo controle da HAS.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação desse projeto busca atender a uma necessidade específica da comunidade 21 de setembro, necessidade esta que foi elencada como a de maior repercussão entre os pacientes. Sabemos porém que toda tentativa de melhorar a qualidade de vida de uma comunidade perpassa também por melhorias estruturais e isso demanda tempo e atenção por parte da administração pública. Porém, o primeiro passo pode e deve ser firmado pela comunidade que, engajada e comprometida com

suas próprias demandas, deverá aproveitar todas as iniciativas pra cumprir esse objetivo.

Contando com a participação mais eficaz dos pacientes atendidos pela USF 21 de Setembro poderemos vislumbrar uma nova realidade no cotidiano dessas pessoas, com melhoria nas condições de saúde e também com a continuidade dessa mudança na vida da população mais jovem a partir da orientação, incentivo e exemplo dado por seus familiares. O cuidado com a saúde através da prevenção e da conquista de hábitos saudáveis perpassa por um processo de alcance da população por parte das instituições que são responsáveis por serviços básicos como de saúde e tem continuidade com a qualidade de vida que pode ser alcançada inclusive por seus membros mais jovens a partir do exemplo e aprendizagem da comunidade.

Assim, seus resultados poderão ser duradouros e também respaldar outras iniciativas que possam de fato cumprir com o objetivo da Atenção básica em Saúde, qual seja a promoção e proteção da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 128 (Cadernos de Atenção Básica, n. 37);

CASTRO, I. Cardiologia: princípios e práticas. 2ª ed. São Paulo: Artmed, 1999. In: MONTEIRO, Paula C. et al. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq. Ciência e Saúde**, 2005; abr – jun; 12 (2):73-9.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: diretrizes e fundamentos – Módulo Político Gestor, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf> Acesso em: 21 abr. 2017.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. [S.l.], 1999. Mimeografado.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2016. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.com.br>>. Acesso em 21 de abr. 2017

KUSCHNIR, M.C.C., MENDONÇA G.A.S. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em adolescentes. **J. Pediat**; 83(4): 335-42, 2007.

NADRUZ JÚNIOR, W.; FRANCHINE K.G. Influência de Fatores Ambientais e genéticos na hipertrofia e remodelamento cardíacos na hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Vol. 8(4): outubro/dezembro de 2001.

NEVES, E.B. Prevalência de sobrepeso e obesidade em militares brasileiros: associação com a hipertensão arterial. **Ciência, Saúde coletiva**; 13(5): 1661-8, 2008.

PORTAL BRASIL. **Saúde anuncia dados da hipertensão no País**. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/01/saude_anuncia_dados_da_hipertensao_no_pais> Acesso em: 21 abr. 2017.

ROSÁRIO, T.M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq. Bras. Card**; 93(6): 672–678, 2009.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: crosssectional study. **J. Hypertension**, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

TIMERMAN, A editor. Manual de Cardiologia SOCESP. São Paulo: Atheneu, 2000. In: MONTEIRO, Paula C. et al. Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq. Ciência e Saúde**, 2005; abr – jun; 12 (2):73-9.

YORT, A. **São Caetano inova com programa terceiro turno nas UBSS**. 2015. Disponível em:<<http://www.saocaetanodosul.sp.gov.br/noticias/138-anos-sao-caetano-inova-com-programa-terceiro-turno-nas-ubss.html/>>. Acesso em: 23 de março de 2017.