



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Curso de Especialização em Saúde da Família



DEISEANI FERNANDA DOLLA RIBAS

**ELEVADO ÍNDICE DE ABANDONO DE MEDICAÇÃO POR PARTE DE
PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA ALICE
MOREIRA EM SÃO FÉLIX DO XINGU - PA**

SÃO FÉLIX DO XINGU - PA

2020

DEISEANI FERNANDA DOLLA RIBAS

**ELEVADO ÍNDICE DE ABANDONO DE MEDICAÇÃO POR PARTE DE
PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA ALICE
MOREIRA EM SÃO FÉLIX DO XINGU - PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Me. Mônica Florice Albuquerque Alencar

SÃO FÉLIX DO XINGU – PA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

F363e Fernanda Dolla Ribas, Deiseani
ELEVADO ÍNDICE DE ABANDONO DE MEDICAÇÃO
POR PARTE DE PAÇIENTES HIPERTENSOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA ALICE MOREIRA EM
SÃO FÉLIX DO XINGU - PA / Deiseani Fernanda Dolla
Ribas. — 2020.
31 f.

Orientador(a): Prof^ª. MSc. Mônica Florice Albuquerque
Alencar

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Especialização em Enfermagem Neonatal, Instituto de
Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém,
2020.

1. Doença Crônica. 2. Hipertensão. 3. Atenção
Primária a Saúde. I. Título.

CDD 610

DEISEANI FERNANDA DOLLA RIBAS

**ELEVADO ÍNDICE DE ABANDONO DE MEDICAÇÃO POR PARTE DE
PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA ALICE
MOREIRA EM SÃO FÉLIX DO XINGU - PA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____
Aprovado em: ____/ ____/ ____

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Me. Mônica Florice Albuquerque Alencar
Orientadora

Profª. Me. Rubia Rodrigues Neves Yasutake

Dedico este Projeto à toda a comunidade da Vila Teilândia, em especial à toda a equipe da unidade de saúde Maria Alice Moreira, sem vocês não seria possível a conclusão deste projeto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por estar sempre ao meu lado iluminando e guiando meus passos. Ao meu esposo e meus filhos, que compreendem muitas das minhas ausências, e a toda a equipe da zona rural da unidade básica de saúde Maria Alice Moreira, que está sempre à frente, promovendo saúde, mesmo com tantos obstáculos.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

A hipertensão é uma doença crônica não transmissível que representa atualmente um grande número de atendimentos, ensejando ações voltadas à prevenção, ao combate, e à correta adesão ao tratamento medicamentoso, visto que não há cura. A proposta aqui apresentada trata sobre o elevado índice de abandono de medicação por parte de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria Alice Moreira, em São Félix do Xingu – PA. Foi verificado que estes eventos estão ligados a problemas culturais, falta de informação ou informação equivocada, nível sócio econômico baixo e falta de abastecimento da medicação na unidade de saúde entre outros. Desta forma, este estudo descritivo, de abordagem qualitativa, pretende aplicar um projeto de intervenção, por meio de ações de educação em saúde, visando diminuir o índice de abandono de medicação por parte de pacientes hipertensos da referida Unidade. Serão ações a serem desenvolvidas na atenção primária à saúde, visando normalizar a pressão arterial de indivíduos que compõem o território. Trata-se de um número expressivo de usuários que carecem de ações voltadas à educação em saúde para conter o alto número de crises hipertensivas, que chegam a 40% dos atendimentos. O projeto está em andamento, frente às necessidades de isolamento exigidas pelo Covid-19, mas, preliminarmente, verifica-se que há muitos problemas ligados aos pacientes hipertensos com PA não controlada, ficando mais vulneráveis aos fatores de risco para complicações cardiovasculares. Deseja-se que com essas ações haja uma redução na incidência de pacientes hipertensos com abandono da medicação anti-hipertensiva, e diminuição das complicações que a hipertensão pode trazer. Verifica-se, portanto, a necessidade de abordar e estimular a adesão ao tratamento medicamentoso e medidas saudáveis de vida para que os níveis pressóricos se normalizem, havendo menos crises hipertensivas, e menores possibilidades de consequências da pressão não controlada.

Palavras-chave: Doença Crônica; Hipertensão; Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a chronic non-communicable disease that currently represents a large number of consultations, giving rise to actions aimed at prevention, combat, and correct adherence to drug treatment, since there is no cure. The proposal presented here deals with the high rate of medication abandonment by hypertensive patients at the Basic Health Unit Maria Alice Moreira, in São Félix do Xingu - PA. It was found that these events are linked to cultural problems, lack of information or misinformation, low socioeconomic level and lack of supply of medication at the health unit, among others. In this way, this descriptive study, with a qualitative approach, intends to apply an intervention project, through health education actions, aiming to reduce the rate of medication abandonment by hypertensive patients in the referred Unit. These will be actions to be developed in primary health care, aiming to normalize the blood pressure of individuals who make up the territory. This is an expressive number of users who lack actions aimed at health education to contain the high number of hypertensive crises, which reach 40% of the visits. The project is underway, in view of the isolation needs demanded by Covid-19, but, preliminarily, it appears that there are many problems related to hypertensive patients with uncontrolled BP, becoming more vulnerable to risk factors for cardiovascular complications. It is hoped that with these actions there will be a reduction in the incidence of hypertensive patients who abandon antihypertensive medication, and a decrease in the complications that hypertension can bring. Therefore, there is a need to address and encourage adherence to drug treatment and healthy life measures so that blood pressure levels are normalized, with less hypertensive crises, and lesser possibilities for consequences of uncontrolled pressure.

Keywords: Chronic diseases; Hypertension; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------|---|
| ACS | Agente Comunitária de Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| DCV | Doença Cardiovascular |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistólica |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDEB | Índice de Desenvolvimento da Educação Básica |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Justificativa..... | 16 |
| 2. OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 17 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 17 |
| 3. METODOLOGIA | 18 |
| 3.1 Implicações Éticas | 18 |
| 3.2 Delineamento do Estudo | 19 |
| 3.3 População de Estudo | 21 |
| 3.4 Variáveis do Estudo | 21 |
| 3.5 Análise Estatística dos Dados | 22 |
| 3.6 Cronograma de Atividades..... | 22 |
| 3.7 Orçamento | 23 |
| 4.RESULTADOS ESPERADOS | 24 |
| 5.CONSIDERAÇÕES FINAIS | 26 |
| 6. REFERÊNCIAS..... | 27 |

1. INTRODUÇÃO

O Município de São Félix do Xingu está localizado no Estado do Pará, quase com fronteira com o Mato Grosso. Destaca-se economicamente pela grande quantidade de fazendas e áreas rurais, além de algumas plantações de soja. Há uma grande quantidade de Indígenas também na região, devido à Reserva Nacional do Xingú (IBGE, 2020).

É um município extremamente grande e que tem ligações com o Pará pela Rodovia (PA-279) e com o Estado do Mato Grosso pela PA Tancredo Neves. Dados populacionais disponibilizados pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que, em 2019, a população estimada era de 128.481 pessoas, sendo que a população no último censo (2010) foi de 91.340 pessoas (IBGE, 2020).

Quanto ao trabalho e ao rendimento, o Município de São Felix do Xingú possuía, em 2018, um salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,3 salários mínimos, e um quantitativo de pessoal ocupado (2018) de 5.052 pessoas, representando 4,0% de população ocupada (2018). O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo em 2018 era de 44,8% (IBGE, 2020).

Quanto a dados educacionais de São Félix do Xingu, o IBGE (2020) apresenta os seguintes dados: Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade em 2010 era de 77,9%; o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) nos anos iniciais do ensino fundamental (rede pública) em 2017 foi de 4,0; o IDEB nos anos finais do ensino fundamental (rede pública) em 2017 foi de 3,0; o quantitativo de matrículas no ensino fundamental em 2018 foi de 12.274 matrículas; e o quantitativo de matrículas no ensino médio (2018) foi de 1.660 matrículas; a quantidade de docentes no ensino fundamental em 2018 foi de 498 docentes; o quantitativo de docentes no ensino médio em 2018 foi de 58 docentes. Havia em 2018 um número de estabelecimentos de ensino fundamental de 105 escolas, e o número de estabelecimentos de ensino médio (2018) de 4 escolas.

O IBGE (2020) ainda apresenta dados relacionados à saúde em São Félix do Xingu, como Mortalidade Infantil em (2017) de 14,01 óbitos por mil nascidos vivos; e em 2016, houve 2,4 internações por diarreia por mil habitantes. E há no município 35 estabelecimentos do SUS.

Após esta breve apresentação apresenta-se os principais problemas de saúde do Município, como doenças crônicas não transmissíveis, doenças dermatológicas, doenças respiratórias, musculares, verminoses e parasitoses, acidentes automobilísticos, malária, dengue, entre outras. Há ainda problemas relacionados à falta de especialistas, de apoio diagnóstico, e de estrutura hospitalar. Praticamente trabalha-se com o mínimo possível, frente à distância do Município, e da falta de investimento do poder público na saúde.

A secretaria municipal de saúde apresentou dados de 9% de prevalência de Hipertensão Arterial entre os membros da comunidade. Estes dados são bem parecidos com os dos membros do território. A grande maioria são de indivíduos idosos.

A Unidade Básica de Saúde Maria Alice Moreira está localizada na Zona Rural de São Félix do Xingú – Pará, mais especificamente na Vila Teilândia, a 120 quilômetros da sede do Município.

A região apresenta muitas debilidades e desafios, dentre elas, questões relativas a estradas precárias, falta de saneamento básico, falta de água própria para consumo, dentre outra série de dificuldades e desafios. Segundo o IBGE, na região temos uma população total de 4.000 habitantes, considerando toda a Zona da Vila Teilândia. Destes, cerca de 30% da população apresenta faixa etária maior de 50 anos de idade (IBGE, 2020).

A Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Alice é composta por 1 médica, 12 Agentes Comunitárias de Saúde, 01 Enfermeiro, 01 Técnico de Enfermagem, 01 Dentista, 01 Auxiliar de Saúde Bucal e 01 Recepcionista. O território é de difícil acesso, em virtude das estradas precárias. Apresenta uma população de cerca de 4000 pessoas, na sua grande maioria vivendo em áreas rurais, e regiões vicinais, havendo muitas áreas descobertas. Na Unidade não existe apoio do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e tampouco Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF). Os pacientes se submetem a percorrer mais de 120 km (em alguns casos totalizando cerca de 6 horas de viagem em virtude de atoleiros e outros obstáculos) para realizar um atendimento básico.

A condição de usuários hipertensos no território está a cada dia gerando maior preocupação entre os membros da equipe de saúde, de modo que é crescente a quantidade de usuários hipertensos, aumentando em até 40% os atendimentos relacionados a crise hipertensiva e complicações da hipertensão. Percebe-se que

grande parte destes usuários abandonam o tratamento da hipertensão. Nota-se que tal conduta está intimamente ligada a problemas culturais, desinformação, nível sócio econômico baixo e falta de abastecimento da medicação na unidade de saúde.

Essa realidade obriga a equipe de saúde a pensar em estratégias para lidar com o problema. Na Unidade de Saúde, existem 55 pessoas hipertensas cadastradas. Entretanto, apenas 20 usuários fazem o acompanhamento médico com uso do tratamento farmacológico.

Nesse contexto, a pergunta-chave da pesquisa é: Quais ações podem ser realizadas para diminuir a incidência de crises hipertensivas decorrentes do abandono da medicação em pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria Alice Moreira?

Entre os principais fatores apontados no abandono da medicação, estão: esquecimento, substituição das medicações farmacológicas por chás, infusões, ou outros remédios naturais, dificuldade de acesso à medicação, nível social baixo, e falta de fornecimento da unidade de saúde. Além destes, apontam-se ainda as estradas precárias e dificuldade de acesso das zonas vicinais até a unidade de saúde, ausência de orientações sobre as complicações da Hipertensão, entre outros. Todos estes fatores contribuem para a vulnerabilidade e aumento de novos casos de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e demais complicações da Hipertensão.

Dados da literatura sobre a hipertensão apontam que a hipertensão arterial é uma condição crônica, que afeta principalmente idosos, e traz, dentre muitas comorbidades, aumento da possibilidade de infarto, de acidente vascular encefálico, falência renal e outras patologias. A hipertensão, de acordo com dados do Ministério da Saúde obtidos através do Datasus, entre os anos 1996 a 2009, foi responsável por 9,2% a 25,2% dos óbitos (BRASIL, 2013).

Outro importante órgão que traz dados relevantes é a Sociedade Brasileira de Cardiologia, conceituando o agravo como condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A pressão arterial considerada normal é de 120x80mmHg; contudo, em idosos, admite-se 130x90 mmHg (MALACHIAS *et al.*, 2017).

Trata-se de uma patologia ligada a alterações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo, atingindo principalmente coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Também é muito comum condições relacionadas a alterações metabólicas, com

consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013).

As doenças cardiovasculares estão intimamente ligadas à Hipertensão Arterial Sistêmica e suas consequências. A mesma apresenta íntima relação com doença cardiovascular, IAM e AVE, bem como de seus principais fatores de risco – HAS e diabetes melitus – exibe determinantes comuns (MALACHIAS *et al.*, 2017).

No que diz respeito aos fatores de risco, quando presentes, aumentam significativamente a HAS, como efeito de idade, ser negro, possuir baixa escolaridade, história familiar, obesidade, obesidade central, uso excessivo de bebidas alcoólicas e ingestão excessiva de sal (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE; 2014).

É sem dúvida uma doença crônica de alta prevalência e baixas taxas de controle. Por, em muitos casos, não apresentar sintomas, muitos negligenciam. O que ocorre é que pela falta de sintomas em muitos casos, quando o indivíduo busca a atenção básica, já apresenta os reflexos e consequências (ALMEIDA, MOUTINHO, LEITE, 2014).

Quando o indivíduo busca a atenção básica e segue as orientações quase na totalidade dos casos, a pressão arterial é controlada, ou se mantém em níveis aceitáveis. É tido como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Lembrando que a mortalidade por Doença Cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente a partir da elevação da PA em índices a partir de 120/80 mmHg de forma linear, contínua e independente (MALACHIAS *et al.*, 2017).

Desse modo, a prevenção primária da hipertensão arterial sistêmica fundamenta-se em três pilares: medidas de prevenção (orientação aos usuários do território em geral), que podem ser não medicamentosas (orientações individuais), medicamentosas (administração de drogas anti-hipertensivas em associação ou não com diuréticos) (MALACHIAS *et al.*, 2017).

Com base nesses princípios, apresenta-se, a seguir, a necessidade e justificativa do estudo.

1.1 Justificativa

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vila Teilândia, em São Félix do Xingú-PA, objetiva reorganizar a assistência relacionada à Atenção Básica, garantindo acesso a população do território e buscando agir com integralidade nas ações dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A equipe trabalha com eficiência buscando resolver os problemas básicos de saúde da população. Prioriza a atenção a grupos considerados de risco, entre eles, os hipertensos.

Sabe-se que Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante problema de saúde pública. A realidade local da Vila Teilândia demonstra um aumento no número de usuários que abandonam ou utilizam equivocadamente a medicação, percebendo que há, em contrapartida, um aumento na busca por atendimento médico, sendo um fator causal de grande demanda por consultas na atenção primária (tanto a HAS como as crises por ela provocadas).

Nesse contexto, apresenta-se a proposta de realização de ações voltadas à educação em saúde com este público. Até mesmo pelo fato de haverem fatores que já foram identificados e que interferem na adesão ao tratamento em pacientes hipertensos, considerado um dos problemas de saúde com a maior incidência detectados na área de abrangência. Estas ações serão executadas no intuito de reduzir a incidência de pacientes hipertensos frente ao abandono da medicação anti-hipertensiva, através de ações realizadas com usuários da unidade juntamente a equipe, buscando diminuir os reflexos das complicações que a hipertensão pode trazer.

Outros fatores também serão considerados para o sucesso da proposta como: importância da cooperatividade do paciente, da equipe da unidade, do acompanhamento farmacoterapêutico, dos benefícios terapêuticos, eficácia e segurança, uso racional do medicamento, contribuindo para integralidade do cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver ações de educação em saúde visando diminuir o índice de abandono de medicação por parte de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria Alice Moreira, em São Félix do Xingu – PA.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os pacientes Hipertensos cadastrados na UBS Maria Alice Moreira, em São Félix do Xingu-PA;
- Verificar os fatores contribuintes para o abandono dos anti-hipertensivos pelos pacientes cadastrados na UBS Saúde Maria Alice Moreira, em São Félix do Xingu – PA;
- Capacitar a equipe de saúde da UBS Maria Alice Moreira, em São Félix do Xingu – PA, sobre hipertensão e a correta adesão ao tratamento;
- Promover ações de educação em saúde aos pacientes cadastrados na UBS Maria Alice Moreira em São Félix do Xingu – PA, ressaltando a importância do tratamento medicamentoso e a adesão a hábitos saudáveis de vida;
- Monitorar os pacientes hipertensos e as crises hipertensivas durante todo o ano de 2020.

3. METODOLOGIA

A elaboração do plano em ações e intervenção para o acompanhamento dos pacientes hipertensos inscritos na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Teilândia, se desenvolverá em etapas: investigação, rastreamento, implementação das ações e monitoramento.

Trata-se de um projeto de intervenção baseado no método da estimativa rápida e planejamento estratégico situacional, elegendo o problema de forma democrática a partir de uma reunião com a equipe de saúde. Nesta perspectiva, serão utilizados além dos dados da própria unidade de saúde fontes literárias obtidas em bibliotecas digitais com destaque para *Scielo, Bireme, Lilacs, BVS, Uptodate, Pubmed*, entre outras selecionadas.

3.1 Implicações Éticas

Os profissionais da Unidade farão pesquisas rápidas, através de entrevistas durante as consultas, com o objetivo de conseguir informações imprescindíveis para prosseguimento do projeto, analisando o número de hipertensos com abandono da medicação cadastrados na Unidade Básica de Saúde Maria Alice Moreira, buscando desenvolver ações estratégicas para diminuir esses números.

O Projeto de Intervenção aqui apresentado segue o que consta na legislação quanto às pesquisas envolvendo seres humanos (Resoluções CNS 466/12 e CNS 510/16). Todas as pessoas que participarem da pesquisa, receberão instruções sobre os objetivos do Projeto e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Não haverá constrangimento, divulgação de imagens, dados, informações específicas sobre os usuários ou qualquer tipo de informação que os ligue a realização das ações, de forma que todos que participarem terão seu sigilo preservado.

Ressalta-se que não constitui objetivo desta pesquisa a publicação dos dados coletados, nem após o encerramento da mesma, servindo o presente estudo tão somente para aprimoramento das práticas assistenciais já desenvolvidas na comunidade de Vila Teilândia, em São Félix do Xingu-PA.

3.2 Delineamento do Estudo

O estudo se desenvolverá a partir da reunião com a equipe da unidade de saúde, quando serão levantados alguns problemas comuns na comunidade, como má nutrição, gravidez na adolescência, consumo de água imprópria, falta de saneamento básico, excesso de usuários com doenças crônicas não transmissíveis, alto índice de pacientes hipertensos com abandono do tratamento farmacológico, diabetes, aumento de atendimentos de pacientes com crise hipertensivas, entre outras realidades.

Como documento base, elegeu-se o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013) Estratégia para o Cuidado de Pessoas com Doença Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica, além da 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial de (MALACHIAS *et al.*, (2017). As ações serão medidas de educação em saúde com a equipe de saúde e com membros da comunidade. Neste contexto, utilizar-se-ão ações na sala de reunião da unidade, palestras em igrejas, visitas domiciliares na comunidade local, e demais espaços que sejam propícios para alcançar os objetivos do projeto.

Os responsáveis pelas ações são todos os membros da equipe de saúde, com coordenação pela médica e apoio da enfermeira, que participarão da capacitação, dando apoio nas medidas de educação em saúde e educação permanente realizadas nas reuniões, além das ações realizadas na própria Unidade e demais localidades (se possível).

As ações obedecerão ao cronograma de ações (a ser apresentado adiante) de modo que a partir da execução de uma etapa (pontua-se como sucesso e parte-se a outra).

No que diz respeito aos coordenadores do projeto, apresenta-se a médica da Unidade, Enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnicas de Enfermagem e demais profissionais disponíveis na UBS.

Além de medidas preventivas e educação permanente com a equipe de saúde, serão realizados tabulação de dados sobre o quantitativo de pacientes hipertensos que não fazem o uso da medicação anti-hipertensiva de forma regular entre o período de execução das ações.

Sobre as variáveis, está a percepção geral de atuação da equipe, e percepção geral dos usuários hipertensos, porcentagem que aderirão às ações de educação em

saúde e porcentagem que não aderirão, além do sucesso ao controle dos níveis pressóricos e fracasso.

Nesse sentido, o Projeto de Intervenção será dividido em etapas:

1. Investigação: levantamento dos problemas com a equipe de saúde prioritários na comunidade. Eleito a Hipertensão Arterial e o abandono ao tratamento Medicamentoso;
2. Rastreo: levantamento dos usuários do território que vem apresentando corriqueiramente crises hipertensivas, e que tem histórico do abandono da medicação. Levantar com os ACS, usuários com maiores fatores de risco como tabagismo, etilismo, obesidade, hereditariedade, entre outros. Aproveitar as consultas de renovação de receitas para convidar os usuários a participarem da proposta. Deseja-se um número de 60 usuários em 3 grupos de 20;
3. Implementação das ações: desenvolvimento de capacitação com a equipe de saúde definindo responsabilidades, agenda, temas, grupos, datas, e demais detalhes do projeto de intervenção. Pretende-se dividir as capacitações em duas etapas de 2h de duração cada uma, sendo que no final serão realizadas perguntas orais à equipe sobre os principais conceitos relativos a hipertensão. Desenvolvimento de ações com os usuários na Unidade de saúde, enfocando os hábitos saudáveis de vida e adesão ao tratamento. Levantamento do quantitativo de casos de hipertensos com abandono do tratamento farmacológico no território e que devem ser convidados para as ações. Possível realização de ações na igreja do território, através de distribuição de panfletos; aferição de pressão arterial, realização de orientações aos hipertensos sobre as complicações da HAS e demais ações.
4. Monitoramento e avaliação das ações: verificação das porcentagens de pacientes hipertensos com abandono da medicação, quantos aderiram às medidas de hábitos saudáveis de vida e adesão ao tratamento. Durante todo o percurso do projeto, pode ser que sofra alterações em algumas etapas, isso irá depender da necessidade e das condições de execução da equipe de saúde. Outra informação importante é que haverá etapas que serão realizadas concomitantemente, conforme a evolução do projeto.

3.3 População de Estudo

As ações do estudo serão desenvolvidas aos usuários da comunidade da Vila Teilândia, e áreas vicinais vizinhas da zona rural, preferencialmente com Hipertensos e seus familiares que aderirem as ações. Na Vila Teilândia existe um total de cerca de 4000 usuários cadastrados na unidade de saúde. Destes, temos cerca de 55 Hipertensos diagnosticados, mas apenas 20 dos moradores do território que são participativos nas ações. Pretende-se levantar um grupo de 60 pessoas divididas em 3 grupos de 20, e não há qualquer restrição para sexo, cor, credo, ou classe social.

Quanto à tabulação de dados no levantamento de prontuários, o mesmo será realizado pela equipe de enfermagem e administrativo da UBS, que levantarão a quantidade de usuários que são hipertensos e que não fazem o adequado tratamento farmacológico. Esta coleta de dados será realizada durante o período de março, abril e maio de 2020.

As demais ações que serão realizadas com membros da comunidade, compõem um caráter preventivo do projeto, visando objetivos futuros relacionados à diminuição de ocorrências de pacientes com falta de orientação e de abandono da correta posologia das medicações anti-hipertensivas.

3.4 Variáveis do Estudo

A prática na Unidade de Saúde evidenciou falta de ações voltadas a promoção e orientação aos pacientes hipertensos com abandono do anti-hipertensivo, isso incluindo até mesmo conhecimentos relativos à falta de preparo/capacitação da equipe de saúde quanto ao tema das complicações da HAS, gerando falha por parte da equipe, podendo haver prejuízos à promoção de saúde da população.

As variáveis utilizadas serão: quantidade de usuários com PA controlada, descontrolada, que aderem às orientações e que não aderem às orientações. Pode-se usar ainda qualidade do sono, disposição, desempenho sexual, e disposição às atividades cotidianas.

3.5 Análise Estatística dos Dados

A análise estatística dos dados, será feita a partir de questionários aplicados pré e pós realização das ações e será traduzida em porcentagens. Também será analisado subjetivamente o nível de conhecimento da equipe de saúde e dos usuários do território com relação às ações de prevenção da complicação da HAS.

3.6 Cronograma de Atividades

| OPERAÇÃO/AÇÃO | ANO: 2020 | | | | |
|--|-----------|-----|-----|-----|-----|
| | MAR | SET | OUT | NOV | DEZ |
| Investigação: realizar com a equipe de saúde duas reuniões levantando os principais problemas do território e projeto de intervenção para aborda-los. | X | X | | | |
| Rastreio: promover o levantamento dos usuários do território habilitados a participarem das ações; Realizar convites para participação em visitas domiciliares, consultas, e demais oportunidades. | | X | X | | |
| Implementação das ações: Ações de Educação em Saúde e Educação Permanente sobre o Tema; | | | X | X | |
| Levantamento dos Dados | | | X | X | |
| Tabulação dos dados | | | X | X | |
| Redação do Relatório (Resultados) | | X | X | X | |
| Redação do Relatório (Discussão) | | X | X | X | |
| Monitoramento do Projeto | | X | X | X | X |
| Apresentação a Banca | | | | X | X |
| Correção | | | | X | X |

3.7 Orçamento

O orçamento será desenvolvido com base nas necessidades básicas de execução do projeto, contudo pode ser que no desenvolvimento das ações surjam maiores necessidades.

| OPERAÇÃO/AÇÃO | ITEM | QUANTIDADE | R\$ unid | R\$ ação |
|------------------------|-------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| 1.Resma de papel A4 | 01 | 02 (500 folhas) | 25 | 50 |
| 2.Impressora | 01 | 01 | 600 | 600 |
| 3.Transporte | 01 | 200 | 5 | 1000 |
| 4.Tinta para impressão | 01 | 02 | 60 | 120 |
| 5. Canetas | 01 | 5 | 2,5 | 12,5 |
| 6. Computador | 01 | 1 | 3.000,00 | 3000,00 |
| TOTAL | | | | 4782,50 |

Obs: A pesquisadora (médica) se responsabiliza por todas as despesas para realização do projeto; contudo, buscar-se-á parcerias de equipamentos e insumos junto à secretaria de saúde municipal.

4.RESULTADOS ESPERADOS

Com base no que foi possível desenvolver até o momento, apresenta-se como resultados esperados a serem desenvolvidos a partir de setembro de 2020 as ações descritas a seguir.

As ações a serem desenvolvidas na unidade de saúde objetivam de fato trabalhar nestes fatores como combate ao tabagismo, alcoolismo, consumo excessivo de proteína animal (com gorduras), utilização de gordura animal para preparo dos alimentos, sedentarismo, entre outros. Estas ações serão tanto para a equipe de saúde como para os usuários do território que se dispuserem a participar.

Espera-se alcançar a partir das ações realizadas com o projeto a normalização dos índices pressóricos dos pacientes, como também a capacitação da equipe de saúde, tendo um arcabouço de conhecimento definido quanto ao tema. Além disso que a adoção de hábitos saudáveis por parte dos usuários possam refletir conseqüentemente na saúde dos mesmos.

Além disso acredita-se que as ações de educação poderão diminuir o índice de abandono de medicação por parte de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria Alice Moreira em São Félix do Xingu – PA.

Nesse sentido deseja-se que as ações realizadas em setembro de 2020 possam contribuir para o processo de trabalho e o controle dos pacientes Hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Esta ação implicará tanto no conhecimento profundo dos usuários hipertensos do território como de um apurado controle das condições de saúde dos mesmos, principalmente no contexto da PA. Esta ação será realizada pela equipe de saúde da unidade, juntamente ao ACS, recepcionista e todos que tiverem acesso aos arquivos e conhecerem indivíduos hipertensos no território. Estes serão o público-alvo do projeto, e os indivíduos que serão convidados à participação no projeto. Quanto aos convites, serão feitos tanto pela Médica da Unidade, como por ACS, enfermeiro, técnicos e demais indivíduos que compuserem a equipe de saúde.

Espera-se ainda que o projeto possa apresentar os fatores contribuintes para o abandono dos anti-hipertensivos. Importa mencionar que serão realizadas durante as ações de educação em saúde perguntas específicas, do porquê os usuários com o tempo deixam de utilizar as medicações anti-hipertensivas, se é por questões

econômicas, pela distância (em virtude da Unidade ser em um ambiente rural e em algumas épocas o acesso ser bastante dificultado), entre outros.

Deseja-se que a partir destas respostas, e do monitoramento posterior, sejam apresentadas os principais fatores que contribuem para o abandono de hipertensivos, se problema cultural, econômico, de logística, entre outros.

Acredita-se que outro fator contribuinte será a capacitação da equipe de saúde sobre a hipertensão e a correta adesão ao tratamento, objetivo específico que não foi possível ser realizado em virtude das ações de isolamento social provenientes do Covid 19, que, agora, ocorrerá antes de todas as ações no início do mês de setembro, de modo que a primeira ação será o desenvolvimento desta capacitação com definição de responsabilidades, cronogramas, ações, ordens, e etc. Nesta ação, serão tratados temas relativos a hipertensão, ao diagnóstico, ao tratamento, a prevenção, aos fatores de risco e etc.

Além disso acredita-se que as definições dos cronogramas, da seleção dos usuários, feitos os convites, contribuirão para sucesso da proposta onde serão realizadas as ações de educação em saúde. Estas ações serão realizadas na própria unidade de Saúde, com direção da Médica da Unidade, e apoio da equipe de saúde. Serão realizados pelo menos 4 encontros fora o monitoramento.

Com isso almeja-se resultados positivos que vão desde o rastreio destes indivíduos, acompanhamento, orientação, adesão ao tratamento e controle da PA. Deseja-se buscar, sensibilizar, monitorar o paciente e realizar a conscientização sobre a necessidade de modificar o estilo de vida, além de entender e reconhecer o tratamento favorecendo um comportamento participativo para que os resultados sejam satisfatórios, dessa forma diminuindo estes índices de pacientes hipertensos que fazem abandono do tratamento.

O monitoramento será composto por planilha de aferição de PA. Será aferido nos encontros, e depois dos mesmos quinzenalmente, e mensalmente, fazendo um comparativo sobre a evolução do quadro e normalização.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto de Intervenção aqui apresentado encontrou dificuldades principalmente relacionadas à impossibilidade de aglomeração. De modo que deseja-se que a partir de setembro de 2020 haja um controle maior do Covid-19, ou haja uma vacina, e que as ações possam ser de fato implementadas e tragam o resultado esperado.

Deseja-se que com esta proposta haja uma maior adesão ao tratamento, diminuindo as desistências de uso da medicação contínua, e diminuição da não adesão às medidas saudáveis de vida como: abandono do sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, uso moderado de sódio, adesão ao tratamento, posologia adequada, diminuição da ingestão de carboidrato, e etc.

No que diz respeito às potencialidades deste Projeto, serão implementadas em ações de saúde para a população, para um efetivo controle do seu agravo, visando sobretudo a prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno, e de qualidade, em que a unidade de saúde deseja implantar medidas de investigação e também implantação de monitoramento dos pacientes cadastrados da unidade.

Em verdade, a dificuldade de acesso, estradas, e ambiente são grandes obstáculos. Trata-se de uma zona de difícil acesso, o que dificulta muito a busca ativa dos pacientes hipertensos até a unidade de saúde. Há ainda dificuldades devido aos pacientes apresentarem um nível sócio econômico baixo e também por terem muitas crenças as medicações naturais levando a substituição pelos tratamentos farmacológicos.

Espera-se que após a intervenção haja uma mudança de paradigma, e que haja de fato uma adesão ao tratamento de fato. Que novos hábitos sejam adotados, e que o controle pressórico seja uma realidade para estes indivíduos. Que além disso a equipe de saúde possa atuar como ferramenta modificadora da realidade.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, abr.-jun., 2014.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.1, p. 295-306, 2019.

ESTEVES, José Péricles, *et al.*, **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **São Félix do Xingu: panorama**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/sao-felix-do-xingu/panorama>. Acesso em 29 jul. 2020.

MAGRINI, D. Weschenfelder; MARTINI, J. Gue. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermeria**, n. 26 abr. p.354-363, 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_revision5.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

MALACHIAS, Marcus Vinicius Bolivar, *et al.* 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 107, n. 3, Supl. 3, set. 2017. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 29 jul. 2020.

MALTA, D.C. *et al.*, Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, 2018.

MARIOSIA, Duarcides Ferreira; FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira; SANTOS-SILVA, Edinaldo Nelson dos. Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.23, n.5, p.1425-1436, 2018.

MARIOSIA, Duarcides Ferreira *et al.* Hipertensão arterial em idosos acompanhados na atenção primária: perfil e fatores associados. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019.

WHO. **Dia Mundial da Hipertensão 2016**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183&lang=pt. Acesso em: 22 ago. 2019.