



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

Caio Soares de Oliveira

Ações de educação em saúde para redução e controle
de hipertensão arterial sistêmica em pacientes da
Clínica da Família Adib Jatene, Vila do Pinheiro - RJ

Florianópolis, Março de 2023

Caio Soares de Oliveira

Ações de educação em saúde para redução e controle de hipertensão arterial sistêmica em pacientes da Clínica da Família Adib Jatene, Vila do Pinheiro - RJ

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

Orientador: Amanda Nicacio Vieira
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Caio Soares de Oliveira

Ações de educação em saúde para redução e controle de hipertensão arterial sistêmica em pacientes da Clínica da Família Adib Jatene, Vila do Pinheiro - RJ

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Amanda Nicacio Vieira
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: a hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica multifatorial que constitui um dos mais importantes fatores de risco conhecidos e controláveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo responsáveis por alto custo ao sistema público de saúde. Constitui um dos mais importantes fatores de risco conhecidos e controláveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tais como o infarto, a insuficiência renal crônica e o acidente vascular cerebral (AVC). **Objetivo:** realizar ações de educação em saúde para redução e controle de hipertensão arterial sistêmica e seus agravos em pacientes da Clínica da Família Adib Jatene situada na Vila do Pinheiro - Rio de Janeiro. **Metodologia:** projeto de intervenção, o qual será desenvolvido após o planejamento de atividades para promoção de saúde principalmente de hipertensos, sendo eles reuniões em grupos na unidade com pacientes de faixa etária de maior risco cardiovascular para uma primeira triagem com identificação de possíveis novos hipertensos e então marcação de consultas individuais para realização de diagnóstico mais precoce possível. Além disso, será feita a Identificação de falhas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial através de questionários distribuídos durante consultas e em visitas domiciliares. **Resultados:** espera-se otimizar o tratamento da população e estimular medidas de promoção e prevenção da hipertensão arterial sistêmica de forma mais objetiva e adaptada a realidade da população analisada, visando principalmente a implementação de medidas não farmacológicas e o diagnóstico mais precoce possível, para redução do risco cardiovascular.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica, Educação em Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Atuo na Clínica da Família Adib Jatene situada no Município do Rio de Janeiro, na Vila do Pinheiro um dos bairros que formam o Complexo da Maré. Trata-se de uma área de risco com grande vulnerabilidade social e alto índice de violência. A população está inserida em um contexto de imensa falta de saneamento básico e infraestrutura.

Historicamente, o Complexo da Maré sempre foi uma localidade em que a população pobre e miserável do estado do Rio de Janeiro buscava moradia por falta de oportunidade melhores. Em 1940 surge sua primeira comunidade, o famoso e violento morro do Timbau, desde então passou por muitas transformações e expansões, formando hoje um conglomerado de pequenos bairros. Logo, é um local que absorveu muitos imigrantes (Nordestinos, Nortenhos, Africanos, Angolanos entre outros) e isso proporciona uma cultura multidisciplinar ali presente. Devido a essa variedade cultural, muitas vezes interfere de forma direta no tratamento dos pacientes por conta de crenças populares.

A clínica possui 8 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), fazendo parte de meu território de abrangência 3.841 moradores. Dentre eles, há 1156 (30,1%) crianças e adolescentes (0-19 anos); 2235 (58,18%) adultos (20-59 anos); 450 (11,72%) idosos (com 60 anos ou mais). Há imensa procura da população na clínica da família, sendo ela em sua maioria para pré-natal, puericultura e acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Além disso, há queixas de problemas como verminoses, doenças gastrointestinais, doenças ginecológicas, urológicas e transmissíveis como tuberculose e o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Muitas dessas queixas de procura da população estão diretamente relacionadas as condições de vulnerabilidade em que a população está inserida, como saneamento básico e a cultura inserida nesse ambiente de tráfico.

A procura por atendimento é em grande volume, sendo em sua maioria demanda livre. Devido a se tratar de um ambiente de extrema violência, existe uma rotatividade muito grande de médicos, fazendo com que muitas equipes se encontram desfalcadas, fazendo com que eu atenda via demanda livre pacientes de outras equipes, atrapalhado diretamente o fluxo das minhas consultas agendadas. Por ordem da gestão, a prioridade é demanda livre e grupos de gestantes e puericultura. São realizados também visitas domiciliares uma vez por semana.

Dentro da comunidade há um número significativo de doenças crônicas, como HAS e DM. No território de abrangência em que atuo, a incidência de DM em idosos foi de 33,3% no ano de 2018, enquanto a prevalência de HAS na comunidade corresponde a 65,1%. Sendo assim, é de suma importância o controle e a prevenção dessas doenças.

Vale ressaltar que a HAS tem como desencadeadora muitas vezes, fatores de risco modificáveis dentre as doenças crônicas e está entre os principais problemas de saúde

pública. A morte por doenças cardiovasculares aumenta dia após dia e sequelas causadas por elas causam grande custo a saúde pública (OPAS, 2017).

Devido ao exposto, o projeto de intervenção se baseará na redução de novos casos e promoção da saúde, a partir do controle de fatores de riscos modificáveis em casos de HAS em meu território de abrangência. A prevenção e incentivo de boa prática de saúde, reduz em grande parte os problemas acometidos por essa doença e evita a progressão da mesma.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Realizar ações de educação em saúde para redução e controle de hipertensão arterial sistêmica e seus agravos em pacientes da Clínica da Família Adib Jatene situada na Vila do Pinheiro - Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos Específicos

- Promover diagnóstico e tratamento precoce de hipertensão arterial sistêmica através de busca ativa e realização de consultas e exames em pacientes da Clínica da Família Adib Jatene situada na Vila do Pinheiro - Rio de Janeiro.
- Realizar ações de promoção da saúde para pacientes com hipertensão arterial sistêmica através de grupos de apoio estimulando atividade física, promovendo orientação nutricional e reuniões semanais na Clínica da Família Adib Jatene situada na Vila do Pinheiro - Rio de Janeiro.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos, sendo a sistólica ≥ 140 mmHg e/ou a diastólica ≥ 90 mmHg. Constitui um dos mais importantes fatores de risco conhecidos e controláveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tais como o infarto, a insuficiência renal crônica e o acidente vascular cerebral (AVC). Em dados norte-americanos de 2015, a hipertensão arterial é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVC. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham hipertensão arterial, com crescimento global de 60% dos casos até 2025, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais (MALACHIAS et al., 2016).

Segundo dados epidemiológicos da Diretriz Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial no nosso país atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas, que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. Essas doenças são responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados (MALACHIAS et al., 2016).

Os dados de 2018 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) mostram que a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos: 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos. Essa última edição da pesquisa foi realizada por telefone com 52.395 pessoas maiores de 18 anos, entre fevereiro e dezembro de 2018. Nessa mesma pesquisa destaca ainda que as pessoas com menor escolaridade são as mais afetadas. Do público com menos de oito anos de estudo, 42,5% disse sofrer com a doença; dos com 9 a 11 de estudo, 19,4%; e 12 ou mais, 14,2% (BRASIL, 2019).

A HAS apresenta maior prevalência em indivíduos do sexo masculino até os 50 anos de idade. As mulheres apresentam a partir dessa faixa etária um significativo incremento na prevalência da doença. Observando-se com mais prevalência em indivíduos de cor não branca especialmente em mulheres (SBC, 2010).

Dentre as capitais com maior prevalência da doença, o Rio de Janeiro se destaca com o maior número dos casos (31,2%), seguido das regiões de Maceió (27,1%); João Pessoa (26,6%); Belo Horizonte (26,5%), Recife (26,5%), Campo Grande (26,0%) e Vitória (25,2%). As com menores índices encontram-se São Luís (15,9%); Porto Velho (18,0%); Palmas e Boa Vista (18,6%) (BRASIL, 2019). Analisando todo cenário mundial e principalmente do estado do Rio de Janeiro, observa-se a total importância no controle da doença. Levando em consideração que a mesma apresenta alta morbimortalidade, tem

perfil de condição crônica e permanece assintomática por muitos anos, a questão torna-se um desafio permanente para os sistemas de saúde em todo o mundo. Dessa forma, esforços para sua detecção precoce e controle adequado, levam a redução de suas complicações cardíacas, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas, reduzindo posteriores custos para a saúde pública.

Em retrospectivo, nos últimos anos, foram implementadas portarias, programas e políticas nacionais visando o controle da hipertensão arterial sistêmica. Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus em todo o país, com o intuito de minimizar a ocorrência de seus agravos. Destarte, diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica; pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde; promoção de atividades educativas; atenção à assistência farmacêutica; e dispensação de medicamentos de uso contínuo. Esse plano tinha ainda como objetivo a garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para as pessoas com hipertensão arterial na rede pública de serviços de saúde. O plano reorganizacional desenvolveu também campanhas com indivíduos na faixa etária acima dos 40 anos para o rastreamento de novos casos de hipertensão e diabetes no Brasil e, uma vez confirmados os diagnósticos, esses usuários eram cadastrados e vinculados aos serviços de saúde. Essa foi a primeira iniciativa, no mundo, de realização de uma campanha populacional massiva para o rastreamento (BARRETO *et al.*, 2013).

Essas campanhas de rastreamento culminaram com a criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, o SisHIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA. O sistema informatizado de cadastramento ocorreu em todas as unidades ambulatoriais do SUS, o que tornou possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados, bem como a geração de informações para os gerentes locais, gestores das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde (BARRETO *et al.*, 2013).

No início dos anos 2000, por mais que os resquícios do modelo biomédico fizessem com que um dos pilares mais preponderantes do tratamento da HAS fosse a medicalização, o acesso da população aos medicamentos, em muitos locais, continuava difícil. Desse modo, segundo a portaria n° 371/GM do Ministério da Saúde de 04 de março de 2002, foi criado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HAS e DM, o qual garante, aos pacientes cadastrados, uma lista de medicamentos considerados essenciais (BARRETO *et al.*, 2013).

Buscando ampliar e melhorar os propósitos do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a hipertensão arterial, em 2004, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), lançou o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB),

que surgiu como modalidade de co-pagamento e é sustentado por convênios firmados com parceiros públicos e privados sem fins lucrativos. O objetivo da FPB é distribuir de modo universal, igualitário e gratuito, entre outros, os medicamentos para a HAS, em toda a extensão do território brasileiro. Logo depois, por meio da portaria 687 de março de 2006, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde cujo objetivo foi promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Dessa maneira, buscou incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica, definindo como prioridades iniciais de atuação: alimentação saudável e atividade física/práticas corporais, reiterando as políticas ministeriais anteriores de atuar sobre os fatores de risco para as doenças crônicas (BARRETO et al., 2013).

Com a promulgação da portaria 399 de 2006, foi criado o Pacto Pela Vida, que explicita a necessidade do desenvolvimento, pelos municípios, de estratégias mais efetivas para a abordagem da hipertensão arterial sistêmica. Outra importante iniciativa do governo federal foi o lançamento, em 2007, do Guia Metodológico de Avaliação e definição de Indicadores de Doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Esses projetos comprometeram-se com o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas que buscassem a redução simultânea de fatores de risco comuns a mais de uma das doenças crônicas; mobilização social e intervenções de base comunitária; vigilância epidemiológica dos fatores de risco; e atividades preventivas que possam contribuir com a redução das desigualdades em saúde (BARRETO et al., 2013).

O Estado brasileiro também tem atuado no desenvolvimento de estudos e pesquisas relacionados às condições de vida e saúde da população em geral e de grupos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), que realiza a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que realiza, anualmente, a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD). Todos esses estudos são ações de vigilância e monitoramento dos principais fatores de risco modificáveis e buscam levantar tendências e estimativas que possibilitem conhecer a distribuição e a magnitude das doenças crônicas e seus agravos, sendo importantes parâmetros para a avaliação e gestão das políticas públicas (BARRETO et al., 2013).

O controle da hipertensão sustenta-se em medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas farmacológicas têm como objetivo primordial o controle da pressão arterial para a redução da mortalidade por eventos cardiovasculares fatais e não fatais; além de morbidade relacionada a comprometimentos renais, cardíacos e cerebrais, sendo utilizados anti-hipertensivos diuréticos; vasodilatadores diretos; simpatomiméticos, dentre outros, em associação ou isolados. Já as medidas não farmacológicas, constituem-se em mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos de vida saudáveis, como consumo controlado de

sódio e álcool; ingestão de alimentos ricos em potássio; cessação do tabagismo e prática de exercícios físicos são altamente recomendadas, pois além de reduzir a pressão arterial e, por consequência a mortalidade por problemas cardiovasculares, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, devendo ser as metas primárias dos profissionais de saúde (MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2015).

Um grande desafio é adesão dos pacientes ao tratamento, seja ele farmacológico ou não. Estudos internacionais têm estimado a prevalência de adesão das pessoas com hipertensão entre 30 e 75%. No Brasil, o tema ainda é pouco estudado, especialmente na atenção primária. Estudos de base hospitalar encontraram frequências de não adesão variando de 10 a 77% (HELENA et al., 2010).

Sendo assim, para atingir o objetivo na prevenção, diagnóstico e acompanhamento precoce dos paciente com hipertensão ou alto risco para mesma, é de extrema necessidade o trabalho de toda equipe de Estratégia de Saúde da Família, sendo ela composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, tendo cada um o seu papel imprescindível. São tarefas e deveres de cada profissional a seguir:

1. Agente Comunitário de Saúde: esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão; verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde; verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra; perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas; registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família (BRASIL, 2006).
2. Auxiliar de Enfermagem: verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial; agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; proceder as anotações devidas em ficha clínica; cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária; encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de

referência; controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico; fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico (BRASIL, 2006).

3. Enfermeiro: capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades (BRASIL, 2006).
4. Médico: realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão; solicitar exames complementares, quando necessário; prescrever tratamento não-medicamentoso; tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pósprandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso) (BRASIL, 2006).

Uma equipe multidisciplinar com a inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar

para o alcance de todos os objetivos para a prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica.

4 Metodologia

Este projeto de intervenção foi realizado para redução e controle de hipertensão arterial sistêmica e seus agravos em pacientes da Clínica da Família Adib Jatene situada na Vila do Pinheiro - Rio de Janeiro. As ações foram desenvolvidas da seguinte forma:

1. Planejamento de atividades para promoção de saúde de toda população e principalmente hipertensos a serem realizadas na unidade básica de saúde com o auxílio de toda equipe de estratégia de saúde da família, ajustando temas, cronogramas, datas para realização e a responsabilidade de cada profissional, sendo essas atividades realizadas pelo menos uma vez ao mês.

Como fazer: Realizar reunião com toda equipe de saúde da família na unidade básica de saúde para planejamento de ações e atividades a serem desenvolvidas afim de auxiliar na promoção de saúde de toda a comunidade, principalmente hipertensos. Em reunião serão designado as tarefas de cada profissional de saúde, assim como organizado os cronogramas.

Período: Mensalmente

Profissionais: Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Agentes comunitários de saúde, Educador físico, Nutricionista.

Público alvo: Hipertensos e população de jovens adultos, adultos e idosos (20 - 60 anos ou mais).

Recursos necessários: Livro ata para anotação de reunião, prazos e cronogramas e sala de reunião.

2. Realizar reuniões em grupos na unidade básica de saúde com pacientes de faixa etária de maior risco cardiovascular para uma primeira triagem com identificação de possíveis novos hipertensos e então marcação de consultas individuais para realização de diagnóstico mais precoce possível.

Como fazer: Identificar a população da faixa etária entre 20-60 anos ou mais, com auxílio da plataforma E-sus, entrando em contato através de idas do agente comunitário de saúde ao domicilio ou através do número de cadastro, informando sobre a reunião para o publico alvo realizada na sala de reunião da unidade básica de saúde. Durante reunião realizar uma primeira triagem durante conversa com cada um presente, com apresentação de cada um e suas principais queixas. Conforme indentificado pacientes com maior risco, será encaminhado para atendimento com médico da equipe de estratégia de saúde da família.

Período: Mensalmente

Profissionais: Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Agentes comunitários de saúde.

Público alvo: População de jovens adultos, adultos e idosos (20 - 60 anos ou mais).

Recursos necessários: Sala de reunião, Computador com acesso a plataforma E-sus.

3. Reuniões com grupos de hipertensos para promoção de saúde e redução do agravo com orientações nutricionais e estímulo de atividade física, promovendo grupos de receitas nutritivas e grupos de caminhadas.

Como fazer: Identificar a população hipertensa através de planilhas de hipertensos disponíveis para controle na equipe de saúde da família e com auxílio da plataforma E-sus, convidando-os para realização de reunião na unidade básica de saúde. Durante reunião haverá presença de nutricionista e educador físico, além dos demais profissionais da estratégia de saúde da família. Serão organizados grupos de caminhadas pelo menos duas vezes na semana e grupos quinzenais acompanhadas pela nutrição ensinando receitas nutritivas e discutindo sobre melhor forma de prevenção com o uso de medidas não farmacológicas para hipertensão arterial.

Período: Semanal

Profissionais: Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Agentes comunitários de saúde, Educador físico, Nutricionista.

Público alvo: Hipertensos e população de jovens adultos, adultos e idosos (20 - 60 anos ou mais).

Recursos necessários: Sala de reunião, Área de academia carioca, Alimentos e utensílios necessários para execução das receitas.

4. Identificação de falhas na não adesão ao tratamento da hipertensão arterial através de questionários distribuídos durante consultas e em visitas domiciliares.

Como fazer: Entrega de questionário por toda equipe de estratégia de saúde da família, principalmente pelo médico e enfermeiro durante as consultas e visitas domiciliares, para pacientes hipertensos, com perguntas referentes a problemas que podem levar a má adesão ao tratamento de hipertensão arterial, como falta de medicação, não tomada da medicação por problemas de esquecimento, analfabetismo, falta de espaço ou orientação para realização de atividades físicas, renda familiar, dentre outros. Todo mês serão analisados os dados coletados e discutidos nas reuniões de planejamento das ações.

Período: Diário

Profissionais: Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Agentes comunitários de saúde

Público alvo: Hipertensos

Recursos necessários: Computador, impressora, folha A4

5 Resultados Esperados

Dentre as doenças crônicas presentes na população, a hipertensão arterial assume grande prevalência na abrangência da unidade básica de saúde descrita. O tratamento dessa doença impacta significativamente os custos em saúde pública e acarreta uma série de consequências cardiovasculares por complicações das mesmas. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica modificável, sofrendo interferência de tratamentos não só farmacológicos, como principalmente não farmacológicos, tendo grande respostas se boa adesão dos pacientes.

Como benefícios dos métodos escolhidos estão a realização das atividades com a equipe em conjunto gerando maior aproximação e inclusão de acompanhamento multiprofissional. Com isso, com o plano de ação escolhido será possível identificar as falhas nos tratamentos da população através de dados dos questionários, para tratamento adequado da população e com isso criação de medidas de promoção e prevenção da hipertensão arterial sistêmica de forma mais objetiva e adaptada a realidade da população analisada, visando principalmente a implementação de medidas não farmacológicas e o diagnóstico mais precoce possível, para redução do risco cardiovascular.

Referências

- BARRETO, M. da S. et al. A trajetória das políticas públicas de saúde para hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev. APS.*, p. 1–9, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Hipertensão Arterial Sistêmica: Caderno de atenção básica*. Brasília: MS, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Hipertensão é diagnosticada em 24,7 da população, segundo a pesquisa Vigitel*. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>>. Acesso em: 04 Jul. 2020. Citado na página 13.
- HELENA, E. T. de S. et al. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de estratégia saúde da família. *Saude soc.*, v. 19, n. 3, p. 1–13, 2010. Citado na página 16.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–104, 2016. Citado na página 13.
- MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Avaliação do conhecimento sobre níveis tensionais e cronicidade da hipertensão: estudo com usuários de uma farmácia básica no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, p. 1–10, 2015. Citado na página 16.
- OPAS, O. P. americana de S. *Doenças cardiovasculares*. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado na página 10.
- SBC, S. B. de C. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, p. 1–57, 2010. Citado na página 13.