

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALINE ALVES DOS SANTOS DULLIUS

**ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O CONTROLE DOS NÍVEIS
PRESSÓRICOS DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS PELO
PSF JARDIM DAS OLIVEIRAS, MACHADO, MG.**

CAMPOS GERAIS/MG
2014

ALINE ALVES DOS SANTOS DULLIUS

**ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O CONTROLE DOS NÍVEIS
PRESSÓRICOS DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS PELO
PSF JARDIM DAS OLIVEIRAS, MACHADO, MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

CAMPOS GERAIS/MG
2014

ALINE ALVES DOS SANTOS DULLIUS

**ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O CONTROLE DOS NÍVEIS
PRESSÓRICOS DOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS PELO
PSF JARDIM DAS OLIVEIRAS, MACHADO, MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

Banca Examinadora

Prof^ª. Walnéia Aparecida de Souza

Orientador

Prof^ª. Olinda M. G. da Costa Vilas Boas

Examinador

Aprovado em Belo Horizonte, ___/___/_____

Ao meu marido M elchior Campos Dullius, pelo apoio e cuidado com nossa pequena Luiza durante o tempo que dediquei a este trabalho.

  minha Mãe, Lucenir Maria Alves dos Santos, maior incentivadora e fonte de inspira o (sempre presente).

Dedico também aos amigos Cristiana Cândida Martins e Kairon Caproni Tavares que dividiram comigo a enriquecedora experiência desse curso.

Agradeço a Deus em primeiro lugar.

Em especial à Professora Doutora Walnéia Aparecida de Souza, um verdadeiro anjo, sem ela esta monografia não seria possível.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa o mais importante fator de risco isolado para mortalidade e o principal fator de risco modificável para doença cardiovascular. Esse agravo está conceituado como uma condição clínica multifatorial que tem altas prevalências e baixas taxas de controle e é considerado como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas em saúde pública. A adesão ao tratamento, definida como a correta execução da prescrição do médico, incluindo alterações em medicamentos e/ou no estilo de vida, é um fator significativo no sucesso do tratamento. A não adesão ao tratamento é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares. Sendo assim, a equipe de Estratégia de Saúde da Família do Jardim das Oliveiras, elaborou uma proposta de intervenção que possa contribuir para a adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, por meio da readequação do tratamento pelo médico da unidade, controle domiciliar dos medicamentos, grupos de atividade física e de educação em saúde. A colocação do plano de ação em prática poderá trazer benefícios para essa população, como melhora na qualidade de vida e redução da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Estratégia Saúde da Família. Tratamento Medicamentoso.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) represents the most important risk factor for mortality and isolated the main modifiable risk factor for cardiovascular disease. This interlocutory appeal is regarded as a multifactorial clinical condition that has high prevalence and low rates of control and is regarded as one of the major modifiable risk factors and one of the biggest problems in public health. The adherence for the treatment, set to the correct execution of the doctor's prescription, including changes in medications and/or lifestyle, is a significant factor in the success of the treatment. The non-adherence to treatment is identified as the main cause of blood pressure (BP) is not controlled, thus representing a significant risk of cardiovascular events. Thus, the staff of the family health Strategy of the Jardim das Oliveiras, elaborated a proposal for action to contribute to the support of users to drug treatment and not medicated, through readjustment of medical treatment, domiciliary control unit for medicines, groups of physical activity and health education. The placement of the plan of action into practice can bring benefits for this population, as improvement in the quality of life and reduced mortality from cardiovascular diseases.

Keywords: Hypertension. Family Health Strategy. Drug Therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT -	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
CESAN -	Centro de Saúde Aprígio Nogueira
CESPREN -	Centro de Saúde Prescildo Nanetti
DATASUS -	Departamento de Informática do SUS
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA -	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento do Hipertenso e Diabético.
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
NASF -	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SIAB -	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIM -	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Mortalidade proporcional (%) segundo grupo de causas – CID10. Machado-MG Brasil, 2012.....	13
Quadro 1 - Classificação Diagnóstica da Hipertensão Arterial para adultos com mais de 18 anos conforme Cadernos de Atenção Básica- n° 15.....	17

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVO	14
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	15
5. REFERENCIAL TEÓRICO	16
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	21
6.1 Situação Problema	21
6.2 Objetivos Gerais	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Machado tem 133 anos, possui população estimada de aproximadamente 39.550 pessoas, e sua principal atividade econômica é o cultivo do café. O município conta com seis equipes de saúde da família (uma rural e cinco urbanas) e duas Unidades de Saúde (CESAN E CESPEN), que atendem atenção básica mais especialidades. O número de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município é insuficiente, a população adscrita por essas equipes chega a 50% da quantidade total. A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Machado é o único hospital do município que atende a população através do SUS e outros convênios.

A ESF Jardim das Oliveiras foi inaugurada em 2007, é composta por duas equipes que dividem o mesmo espaço físico. Cada equipe é composta por médico, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, dentista, além de contar com atendimento médico ginecológico e obstétrico duas vezes por semana.

A unidade atende aos bairros Jardim das Oliveiras I e II, Jardim Nova Machado e Jardim dos Funcionários. Esses locais foram povoados há poucos anos e ficam geograficamente distantes dos outros bairros do município. A população por ele atendida equivale a 3.109 (equipe I) e 3.450 (equipe II), sendo 441 idosos, 313 hipertensos e 160 diabéticos.

Essa região é marcada pelo tráfico de drogas, muitas crianças, adolescentes e jovens com dependência a entorpecentes, principalmente o craque; alto índice de violência e gravidez na adolescência. A equipe encontra dificuldades em abordar tais temas com a população, justamente pelos índices de violência. Na maioria das vezes, os profissionais conseguem trabalhar com idosos e gestantes, no processo de educação em saúde, além das crianças que frequentam a creche e a escola primária, já que esses bairros não contam com escolas de ensino fundamental e médio, o que dificulta o trabalho com adolescentes.

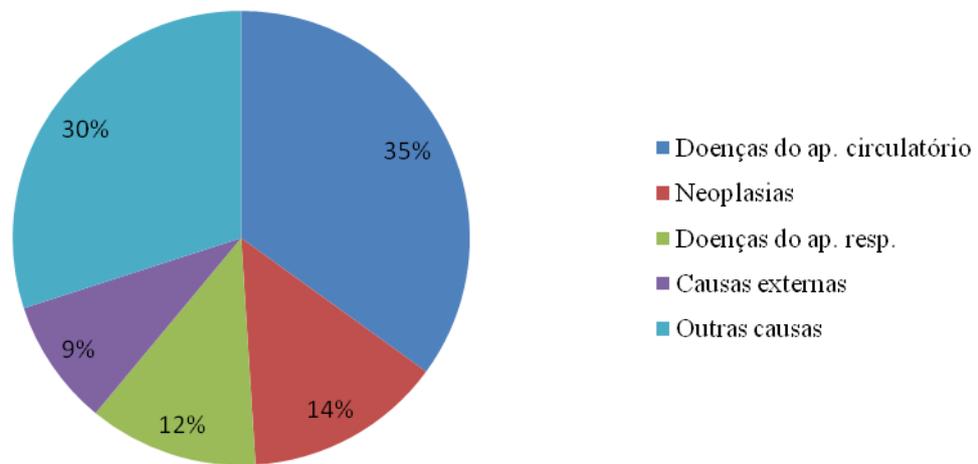
Após realizar o diagnóstico situacional e também por observar a ata de reuniões de equipe, identificou-se que um problema a ser priorizado é o aumento dos níveis pressóricos que a população hipertensa atendida naquela unidade vem apresentando, sendo necessário por diversas vezes o encaminhamento desses pacientes ao pronto atendimento do município, sobrecarregando esse serviço. Assim, essa descompensação gera diversas outras doenças, aumentando incapacidades e até mesmo a morte, necessitando assim, de intervenção imediata.

O número de hipertensos atendidos pela ESF Jardim das Oliveiras equivale a 10% do total de população assistida naquela unidade, porém, se compararmos com a população idosa, esse número aumenta expressivamente, passando a 35% desse grupo etário, número que aproxima dos dados nacionais. Os índices apresentados pelas Sociedades que estabeleceram a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010) nos demonstram isso. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos vinte anos anteriores a 2010 apontaram uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica de aproximadamente 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. As referidas Sociedades informaram, também, que uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, que analisou 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBC; SBH; SBN, 2010).

Dentre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais (BRASIL, 2013). Cerca de “17 milhões de brasileiros são portadores de HAS, o que representa 35% da população de 40 anos e mais” (BRASIL, 2014). Ainda, de acordo com dados publicados em 2006, a HAS respondeu por aproximadamente 25% dos óbitos por doença arterial coronariana, 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral (AVC) e, associada ao diabetes *mellitus*, respondeu por 50% das situações de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2013).

Através das informações obtidas pelo DATASUS (departamento de informática do SUS), podemos analisar que a principal causa de mortalidade em 2012 no município de Machado-MG, foram as doenças do aparelho circulatório, seguida de neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas. O que aproxima dos dados nacionais, que trazem as doenças do aparelho circulatório como responsáveis por 28% das causas de mortalidade no Brasil. O gráfico abaixo demonstra o índice de mortalidade proporcional por causa em Machado-MG em 2012 (BRASIL, 2014).

Gráfico 1 - Mortalidade proporcional (%) segundo grupo de causas - CID10.
Machado/MG/Brasil, dados preliminares de 2012.



Fonte: BRASIL. DATASUS. Situação da base de dados nacionais em 2012.

Com base nos dados de mortalidade do município de Machado-MG, torna-se importante a inserção de medidas de promoção da saúde junto a população, na perspectiva de reduzir as morbimortalidades por doenças do aparelho circulatório, sendo o controle da pressão arterial, um dos principais meios para alcançar esse objetivo.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica está entre os agravos de saúde mais prevalentes na população brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde, 35% da população com mais de 40 anos de idade sofre com hipertensão arterial sistêmica. Esse agravo constitui fator de risco para doenças cerebrovasculares e doenças cardíacas isquêmicas e, caso não sejam adequadamente tratados, podem levar a complicações vasculares, renais e cardíacas que reduzem significativamente a qualidade de vida do portador. Considerando que a população atendida pela ESF Jardim das Oliveiras assemelha-se ao perfil da população brasileira perante essa doença e que as equipes de saúde dessa unidade têm detectado alterações significativas dos níveis pressóricos dessa população constantemente, identificando dificuldade de adesão ao tratamento proposto pela equipe, torna-se importante a elaboração de um plano de ação na intenção de reverter esse quadro e alcançar melhor qualidade de vida para esses hipertensos.

3. OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção que contribua para a adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, por meio da readequação do tratamento pelo médico da unidade, controle domiciliar dos medicamentos, grupos de atividade física e de educação em saúde.

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma proposta de intervenção cuja caracterização do problema foi feita por meio do levantamento de dados epidemiológicos e a fundamentação teórica por meio de uma breve pesquisa bibliográfica. A proposta de intervenção propriamente dita e o plano de ação foram centrados na pesquisa realizado pelos agentes comunitários de saúde nos domicílios dos hipertensos, trazendo informações quanto ao uso correto ou não das medicações prescritas pelo médico da equipe, além de nos informar se há adesão às dietas sugeridas e se realizam atividade física.

Durante as reuniões de equipe, foram sugeridas diversas ferramentas de ensino e controle quanto ao uso correto de medicações em domicílio, elaborado pelos ACS e formação de grupos operativos com os hipertensos, para realização de atividades físicas e educação em saúde. Os dados epidemiológicos são aqueles que constam na Ficha A, utilizadas pelos ACS, no SIAB.

Todos da equipe concordaram que precisávamos mudar a forma de conduzir os grupos educativos, pois sua efetividade estava prejudicada e os bons resultados não aconteciam. Assim, surgiu a ideia de iniciar um grupo de danças com os hipertensos, na tentativa de proporcionar uma atividade física que fosse prazerosa para essas pessoas, buscando a regularidade da participação deles no grupo.

Para contextualizar o tema HAS foram utilizados documentos oficiais, do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Também foram realizadas buscas nos sites de revistas científicas como Lilacs, Scielo, Bireme, por meio dos Decs (descritores de ciências em saúde) hipertensão, tratamento medicamentoso e estratégia saúde da família.

Outras referências são os Cadernos de Atenção Básica, também do Ministério da Saúde, que apresentam assuntos específicos e bastante variados. Eles contribuem no fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de várias partes do país.

Após a leitura dos textos e o empenho da equipe em relação a adotarmos uma nova postura em relação aos tratamentos propostos para hipertensos, foi elaborado um Plano de Ação que busca responder ao objetivo proposto.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa o mais importante fator de risco isolado para mortalidade e o principal fator de risco modificável para doença cardiovascular (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010) esse agravo está conceituado como uma condição clínica multifatorial que tem altas prevalências e baixas taxas de controle e é considerado como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas em saúde pública. A HAS é o fator principal de risco para o desenvolvimento de doenças como: acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio, doenças renais crônicas, complicações arteriais periféricas.

Cotta et al. (2009) reforça as colocações acima descrevendo que as principais causas de óbito no mundo ocidental são atribuídas às complicações decorrentes dos processos ateroscleróticos nos vasos sanguíneos. Acidentes vasculares isquêmicos e hemorrágicos representam as principais causas para a mortalidade no Brasil. Em 2002, o coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100.000 habitantes foi igual a 50, seguido de 35,2 por infarto agudo do miocárdio. Deve-se considerar, porém, que as primeiras manifestações dessas doenças cardiovasculares são o infarto agudo do miocárdio ou morte súbita, daí a importância de prevenir a doença, o que se tem fundamentado no controle dos fatores de risco, sendo a hipertensão arterial um deles.

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por mais de 800 mil internações processadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, com um custo aproximado de 1 bilhão e 300 milhões de Reais e se mantêm como principal causa agrupada de mortes no Brasil (SANTA-HELENA; NUMES; NETO, 2010).

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório, para definição do diagnóstico, a medida da PA deverá ser realizada por duas aferições em momentos diferentes, devendo verificar em ambos os braços, e em caso de diferença entre esses valores, utiliza-se o braço de maior valor. Em cada avaliação deverá ser realizada pelo menos três medidas, com intervalo mínimo de pelo menos um minuto entre elas, realizando a média das duas últimas (SBC; SBH; SBN, 2010).

A pressão arterial em adultos com mais de 18 anos pode ser classificada conforme descrito na Tabela 1.

Tabela1 - Classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos. Brasil, 2013.

Classificação	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	≥180	≥110

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. 2013, p.34.

Segundo a mesma fonte de informação, quando as pressões sistólicas e diastólicas estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

A genética tem papel fundamental entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial, influenciando significativamente o desenvolvimento desta patologia em indivíduos que apresentam esta situação familiar. A condição socioeconômica também tem peso significativo, sendo a população de menor escolaridade com maior incidência de HA. A idade também é um fator de risco, onde metade da população com mais de 60 anos tem HA. A influência do sexo também existe, sendo maior a prevalência em homens até 50 anos e a equivalência ou inverso após essa idade. Outros indivíduos mais suscetíveis a desenvolver essa patologia são negros, obesos, etilistas e sedentários (JARDIM; JARDIM; SOUZA, 2013).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares, no entanto, aproximadamente 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem as metas de controle da PA (< 140/90 mmHg). Assim, embora a relação entre elevado risco cardiovascular e HAS esteja bem definida, somente pequeno número de pacientes que utilizam medicamentos anti-hipertensivos atinge as metas de controle de PA. No Brasil, hipertensos atendidos em programas de hipertensão das unidades básicas de saúde (UBS) apresentavam somente 39% de controle da PA (< 140/90 mmHg) e 33% desses

pacientes foram classificados como estágios 2 ou 3 de HA (PA > 160/110 mmHg) (RODRIGUES et al., 2013).

Este programa de hipertensão instituído pelo ministério da saúde nas unidades básicas (HIPERDIA) não está em funcionamento no município de Machado-MG, sendo assim, os dados referentes aos hipertensos atendidos na unidade ESF Jardim das Oliveiras foram coletados através da ficha A e SIAB.

A adesão ao tratamento, definida como a correta execução da prescrição do médico, incluindo alterações em medicamentos e/ou no estilo de vida, é um fator significativo no sucesso do tratamento. A não adesão é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares. A ingestão correta de pelo menos 80% dos medicamentos receitados é uma forma geral de considerar a adequada adesão à medicação (BARBOSA et al., 2012).

Segundo o relato dos ACS do PSF Jardim das Oliveiras, grande parte dos pacientes hipertensos (50%), caracterizados principalmente por idosos que vivem sozinhos ou apenas com um companheiro (a); outros com baixa acuidade visual e principalmente aqueles analfabetos, não conseguem seguir o tratamento medicamentoso conforme prescrito pelo médico. Muitas vezes, esses pacientes fazem uso a mais ou a menos das medicações, o que gera desequilíbrio dos níveis pressóricos constantemente, acarretando em urgências hipertensivas atendidas na unidade e muitas vezes encaminhadas ao pronto atendimento municipal. Essa constatação se deu através do autorrelato dos pacientes e da observação dos ACS da farmácia domiciliar dos mesmos.

É importante ressaltar que atualmente o arsenal terapêutico para doenças crônicas, como a HAS e DM, recebe novos medicamentos e novas drogas constantemente, e/ou esquemas terapêuticos são apresentados e associados a outros já existentes. Essa realidade que por um lado beneficia o hipertenso com diversas opções de terapia medicamentosa, dificulta, no caso de pacientes que utilizam diversos medicamentos diários, sua identificação e utilização de forma correta (RODRIGUES et al., 2013).

Os autores Ben, Neumann e Mengue (2012) relatam que o controle da pressão arterial vem diminuindo a mortalidade por doença cardiovascular e o número de pacientes tratados vem aumentando. Em estudos observacionais, a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem sido considerada como barreira ao controle pressórico. Embora sem consenso, entende-se a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos, como a utilização de pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento.

A realidade do PSF Jardim das Oliveiras de não adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso é comparada aos países em desenvolvimento, como afirmam os autores Oliveira-Filho et al. (2012), que demonstraram que estudos abrangendo cinco décadas estimam que 20% a 50% dos pacientes não tomam seus medicamentos de acordo com a prescrição. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em países desenvolvidos, a não adesão de pacientes com doenças crônicas oscila em torno de 50%, sendo provavelmente maior nos países em desenvolvimento.

A assistência aos hipertensos é responsável por grande parte das atividades realizadas no PSF. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2011).

Embora não seja fácil o trabalho da equipe com hipertensos na busca de adesão ao tratamento proposto pela equipe, esse trabalho é recompensado com a melhoria da qualidade de vida desses pacientes quando há o controle dos níveis pressóricos dos mesmos. Cotta et al. (2009) descreveram que a redução de 5 a 6 mmHg da pressão arterial reduz o risco de doenças ateroscleróticas, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca em até 15%, 40% e 50%, respectivamente, dentro de um período de cinco anos.

A estratégia é o eixo principal entre equipes de saúde, família e comunidade, cabendo à equipe articular as várias ações que desenvolve e estabelecer vínculos. A adoção da estratégia de Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus* (BRASIL, 2013).

As equipes da saúde da família possuem, em tese, os melhores requisitos para promoverem a adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

Para a efetivação do tratamento de comorbidades como a hipertensão, faz-se necessário a associação de diversos profissionais como nutrição, odontologia, psicologia,

farmácia, assistência social, educação física e outros. Porém, apesar do Ministério da Saúde incluir na definição da saúde da família a atuação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde, aí destacando o trabalho com pacientes portadores da HAS, sua organização é quase que exclusivamente centrada no binômio médico-enfermeiro e nos ACS (BRASIL, 2014).

Na tentativa de tornar isso real, o Ministério da Saúde por meio da Portaria N° 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009), criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Deve ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes, atuando diretamente no apoio às equipes. Dentre os profissionais que devem compor o NASF, destacam-se: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2009).

A ESF Jardim das Oliveiras não conta com apoio do NASF, que na verdade não é uma estratégia implantada pelo município a nenhuma equipe de saúde da família. Nesta unidade, além dos médicos generalistas e enfermeiros, contamos com o trabalho de farmacêutico, dentista e médica ginecologista, que muito agregam no acompanhamento dos pacientes assistidos na unidade. Apesar das equipes não serem verdadeiramente multiprofissionais, várias ações de promoção e proteção à saúde vêm sendo desenvolvidas pelas equipes que implementam a estratégia de saúde da família no Brasil.

A busca para o tratamento adequado dos hipertensos requer esforços da equipe, mas também da família. As ações para o seu controle e prevenção envolvem medidas que abrangem o monitoramento da saúde dos indivíduos e da família. O envolvimento familiar é uma das propostas para o auxílio no tratamento da HA. Lopes e Marcom (2009) destacam, principalmente, a participação dos membros da família no auxílio relacionado a mudanças de hábitos, como a adesão do hipertenso ao tratamento dietético, que é também um fator positivo bastante relevante para a saúde pública, já que para os membros sadios funcionará como prevenção.

Para os mesmos autores, é importante que a ESF entenda que a família assuma uma parcela importante dos cuidados com a saúde de seus membros. Por isso ela não deve ser vista apenas como mera executora de atividades, ao contrário, deve ser vista como unidade ativa, a

ser ouvida em suas dúvidas, ter sua opinião levada em conta e sua participação incentivada durante todo o processo de cuidado.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Situação Problema

Pacientes hipertensos com dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, apresentando descontrole dos níveis pressóricos frequentemente.

6.2 Objetivos Gerais

- Compartilhar com toda a equipe a situação dos hipertensos que não estão com os níveis pressóricos controlados, agregar ideias e dividir responsabilidade(s) no processo de busca de novas estratégias.
- Elaborar estratégias para facilitar a utilização de medicamentos pelos hipertensos em domicílio.
- Implantar grupo de dança com idosos e hipertensos, proporcionando atividade física a esses grupos, além de momentos de descontração, socialização e lazer.
- Buscar o entrosamento entre os idosos e os profissionais de saúde da ESF Jardim das Oliveiras, estimulando a confiança e aceitação.

META 1 – Realizar dois encontros para apresentar os hipertensos não aderentes ao tratamento medicamentoso e as possíveis causas no segundo semestre de 2014.

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Cronograma
- Partilhar opiniões e responsabilidades entre os membros da equipe sobre os hipertensos não controlados;	- Realizar a explanação e discussão dos casos mais importantes, por microárea, de pacientes que não seguem o tratamento medicamentoso e suas possíveis causas. Ex.: Sr. João não consegue usar medicação corretamente por não enxergar.	- ACS de cada microárea.	Setembro/2014
- Desenvolver planilhas de hipertensos que não aderem ao tratamento;	- Elencar os hipertensos que não aderem ao tratamento medicamentoso em planilha contendo o nome, endereço, se realizam atividade física e dieta (relato do paciente), dividido por microárea.	-ACS de cada microárea apresentará a lista de hipertensos que será digitalizado em planilhas.	Setembro/2014
- Visualizar os hipertensos no mapa inteligente.	- Identificar cada domicílio que contém hipertenso no mapa inteligente com alfinetes vermelhos.	- ACS de cada microárea.	Outubro e novembro/2014

META 2- Elaborar estratégias que facilitem a utilização diária de medicamentos pelos hipertensos em domicílio no segundo semestre de 2014.

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Cronograma
- Promover a aprendizagem dos hipertensos quanto ao uso correto das medicações diárias, através da organização dos mesmos por período	- Estratégia da caixinha: Confeccionar caixinhas divididas por período do dia, que contenham imagens que lembrem esses períodos. Ex.: xícara de	- ACS de cada microárea e farmacêutico da unidade.	Agosto a dezembro/2014

do dia (manhã, tarde e noite).	café (manhã), prato de comida (almoço), lua (noite). - Estratégia do saquinho: confeccionar saquinhos contendo todas as medicações (com data de validade e no blister) por período do dia, divididos por cores. Ex. Saquinho branco (manhã), saquinho rosa (tarde), saquinho azul (noite).		
--------------------------------	---	--	--

META 3- Verificar PA dos hipertensos que apresentaram alteração dos níveis pressóricos por cinco dias e adequar a terapia medicamentosa no segundo semestre de 2014.

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Cronograma
- Identificar se os hipertensos obtiveram o controle dos níveis pressóricos.	- Verificar a PA dos hipertensos relacionados por cinco dias seguidos, no domicílio.	- Técnicos de enfermagem e enfermeiros.	Julho a setembro/2014
- Realizar ajustes na terapia medicamentosa se necessário.	- Durante as consultas do HIPERDIA (pela agenda programada), o médico deverá realizar ajustes na medicação se achar necessário.	- Médicos da unidade.	Julho a dezembro/2014

META 4 – Iniciar grupo de dança e educação em saúde com idosos e hipertensos no segundo semestre de 2014.

Objetivos específicos	Ações/atividades	Responsáveis	Cronograma
<p>- Criar grupo de dança para idosos e/ou hipertensos da unidade para estimular a regularidade da prática esportiva, além de descontração, socialização e lazer para essas pessoas.</p> <p>- Realizar educação em saúde com o grupo de idosos e/ou hipertensos.</p> <p>- Avaliar os resultados obtidos.</p>	<p>- Convidar os idosos e/ou hipertensos para o grupo;</p>	<p>- Equipe da ESF.</p>	<p>Agosto/2014</p>
	<p>- Convidar os usuários para uma reunião de esclarecimento quanto à proposta e estabelecimento da adesão ao grupo.</p>	<p>- Equipe da ESF.</p>	<p>Agosto/2014</p>
	<p>- Estabelecer quem desempenhará os papéis formais durante o desenvolvimento do grupo (professor de dança, educação em saúde, triagem...).</p>	<p>- Triagem pré e pós aula: técnicos de enfermagem.</p>	<p>Agosto/2014</p>
	<p>- Verificar PA antes e após a atividade.</p>	<p>- Professores de dança: enfermeiros.</p>	
	<p>- Iniciar o processo de realização do grupo de dança (forró, bolero, samba) semanalmente, em dia e horário definido e não modificável para melhor adesão dos participantes.</p>	<p>- Organização dos participantes e anotações das informações: ACS.</p>	<p>Agosto/2014</p>
	<p>- Promover reunião de reflexão sobre o desenvolvimento do grupo, durante as reuniões semanais de equipe, retomando conteúdos teóricos e discussão de casos se for necessário.</p>	<p>- Equipe da ESF.</p>	<p>Setembro/2014</p>
	<p>- Desenvolver ações de educação em saúde com o grupo antes da aula de dança, mensalmente.</p>	<p>- Equipe da ESF.</p>	<p>Agosto/2014</p>
<p>- Elaborar um instrumento de avaliação de resultados (qualitativos e quantitativos).</p>	<p>- Equipe da ESF.</p>	<p>Dezembro/2014</p>	
<p>- Definir a continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada.</p>	<p>- Equipe da ESF.</p>	<p>Outubro/2014</p>	

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento do plano de ação, a ESF do Jardim das Oliveiras vivenciou experiências enriquecedoras como a união da equipe em busca de um objetivo em comum, troca de experiências, divisão de responsabilidades e aquisição de novos conhecimentos. Acreditamos que, ao colocar o plano de ação em prática, os benefícios poderão ser visíveis como: maior contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e redução da mortalidade por doenças cardiovasculares. Nessa relação de encontro, há um espaço estratégico para as mudanças no modo de produzir saúde, permitindo que coloquemos o usuário, com suas necessidades, no centro da atenção para produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Rachel G. Bastos et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.99, n.1, p. 636-641, São Paulo, 2012.

BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a tratamentos medicamentosos. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.2, p. 279-289, São Paulo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Informação em saúde: mortalidade**, 2012. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10mg.def>>. Acesso em: 02 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Cadernos de Atenção Básica nº 35.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica nº 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica: SIAB**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Perfil sócio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p. 1251-1260, Rio de Janeiro, 2009.

GREZZANA, Guilherme Brasil; STEIN, Airton Tetelbon; PELLANDA, Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.100, n.4, p. 335-341, São Paulo, 2013.

JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; JARDIM, Tiago de Souza Veiga; SOUZA, Weimar Kunz Sebba Barroso. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. Grupo Editorial Moreira Junior- **Revista Brasileira de Medicina**, v.70, n.12, p.64-75, São Paulo, 2013.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima; MARCON, Sonia Silva. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.2, p.343-350, São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, Thatiane Lopes et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 26, n. 2, p. 179-184, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA-FILHO, Alfredo Dias et al. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.99, n.1, p. 649-658, São Paulo, 2012.

SANTA-HELENA, Ernani Tiaraju; NEMES, Maria Ines Battistella; NETO, José Eluf. Fatores associados a não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n. 12, p.2389-2398, Rio de Janeiro, 2010.

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco et al. Instrumento mensurador de adesão para hipertensos: contribuição da Teoria da Resposta ao Item. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n. 3, p. 523-530, São Paulo, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC; SBH; SBN, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>> Acesso em: 30 de junho de 2014.