

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Modalidade a Distância
Turma 13



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**INCENTIVO À ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ARROIO TEIXEIRA EM
CAPÃO DA CANOA – RIO GRANDE DO SUL**

Marlus Sergio Borges Salomão Junior

Porto Alegre

2017

Marlus Sergio Borges Salomão Junior

Incentivo à Adesão Ao Tratamento Da Hipertensão Arterial Na Estratégia De Saúde
Da Família Arroio Teixeira Em Capão Da Canoa – Rio Grande Do Sul

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
UNASUS/UFCSPA como requisito parcial para
conclusão de Especialização em Saúde da Família.

Orientadora: M.^a Ana Amélia Nascimento da Silva
Bones

Porto Alegre

2017

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – ESF Arroio Teixeira / Curumim..... | 08 |
| Figura 2 – Escore de Coelho e Savassi para visita domiciliar..... | 17 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 4 |
| 1.1 APRESENTAÇÃO DO ALUNO..... | 4 |
| 1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO..... | 5 |
| 1.3 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO TEMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO | 7 |
| 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO | 8 |
| 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO | 8 |
| 2.2 RELATO DE CASO | 8 |
| 2.3 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO | 10 |
| 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS | 11 |
| 3.1 REFLEXÃO | 12 |
| 4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO | 14 |
| 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA | 17 |
| REFERÊNCIAS | 18 |
| ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO | 21 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO ALUNO

Sou Marlus Sergio Borges Salomão Junior, tenho 27 anos e sou graduado em Medicina pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Sediada na cidade histórica mineira com o mesmo nome, foi criada em 21 de agosto de 1969. Foi somente 38 anos depois, em 2007, que se implementou o curso de medicina, inicialmente junto ao Departamento de Farmácia, ano no qual ingressei na primeira turma. Foram vários os desafios enfrentados durante a graduação, descobríamos somente no início de cada semestre como seria aquele período. Nossos mestres foram amigos e veteranos ao mesmo tempo. Em 2012 a Escola de Medicina foi fundada e a formatura da primeira turma ocorreu em setembro de 2013.

Nos primeiros 18 meses de formado atuei na atenção básica na cidade de Mariana – MG. Foi a oportunidade de amadurecer profissionalmente e trabalhar ferramentas de fortalecimento do vínculo médico-paciente. A partir de dezembro de 2013 até os dias atuais passei a atuar como plantonista de urgência e emergência e há 2 anos em atendimento pré-hospitalar (SAMU). Em março de 2016 iniciei as atividades como médico generalista do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), nono ciclo.

Estou alocado na ESF Arroio Teixeira/Curumim, distrito do município de Capão da Canoa – RS, afastado 17 quilômetros da sede. O município inicialmente surgiu por volta de 1900 como Arroio da Pescaria, local de alguns ranchos que iniciavam a ocupação à beira mar, composto por uma população de pescadores em sua maioria sendo visitada por tropeiros, fazendeiros e viajantes ocasionalmente.

Os primeiros veranistas, oriundos de Porto Alegre e da Serra Gaúcha, principalmente descendentes de alemães e italianos começaram a frequentar a região apenas 20 anos depois. Apenas na década de 40 o nome Arroio da Pescaria começou a perder força e a denominação Capão da Canoa surgiu graças a cultura de hospedagem da família Nunes em sua fazenda na região com o mesmo nome.

“Pelo Ato Número 073 de 1º de fevereiro de 1933, Cornélios surgiu como 6º Distrito de Osório, onde estava incluída também a Vila de Capão da Canoa. Em 1952 o 6º Distrito de Osório, Cornélios foi transferido para Capão da Canoa. A emancipação do município caponense, veio trinta anos depois pela Lei 7.638, de 12 de abril de 1982. A posse do primeiro

prefeito, foi em 31 de janeiro de 1983. Inicialmente o município contava com 23 balneários, possuindo 30 km de orla marítima.

Atualmente o município possui 11 balneários, com 19,1 km de extensão norte - sul, divididos em quatro distritos: 1° Sede - Capão da Canoa, 2° Capão Novo, 3° Arroio Teixeira e 4° Curumim. Limitando-se ao leste com o Oceano Atlântico, ao sul com Xangri-lá, ao norte com Terra de Areia e a oeste com Maquiné e Terra de Areia.” Fonte: <http://www.capaodacanoa.rs.gov.br/>

Na tabela 1 podemos verificar os últimos dados demográficos do município:

Tabela 1:

| Indicadores | Capão da Canoa |
|---|------------------------------------|
| População | 47.148 (estimada 2015) |
| Área | 97,10 Km ² |
| Densidade Populacional | 432,96 hab/Km ² |
| IDH | 0,743 |
| PIB | R\$ 947.321,00 |
| Renda per Capta | R\$ 20.709,18 |
| Expectativa de Vida | 76,11 |
| Taxa de Fecundidade | 2,4 |
| Proporção de Idosos | 6,8% |
| Taxa de Analfabetismo | 12,98% |
| Taxa de crescimento populacional anual | 3,26% |
| Mortalidade Infantil | 12,3 (2013) a cada mil nascimentos |

Fonte: IBGE, 2010

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO

A ESF Arroio Teixeira / Curumim (figura 1) localiza-se na Avenida Paraguassú, nº 2220 no distrito de Arroio Teixeira. É uma construção recente, inaugurada há apenas 10 meses. A equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, duas agentes comunitárias de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Recebe ainda apoio uma vez por semana de dois ginecologistas, uma pediatra e um clínico geral. A unidade possui estrutura para equipe de odontologia, porém não há previsão de instalação da mesma.

Figura 1- ESF Arroio Teixeira / Curumim:



Fonte: Arquivo pessoal

O distrito de Arroio Teixeira possui atualmente 1 equipe de ESF com funcionamento das 08:00h às 17:00, de segunda a sexta-feira. A área de abrangência da equipe engloba dois distritos, o primeiro de mesmo nome que a unidade e, o segundo, o distrito de Curumim. Sendo assim, a população estimada é de 3300 habitantes. Por ser uma unidade relativamente recente e com um território geográfico razoável, as duas agentes comunitárias de saúde ainda se encontram no processo de cadastramento das famílias, não tendo ainda coberto todo o território.

Como estruturas comunitárias, englobando os dois distritos, podemos citar duas escolas públicas, duas creches, duas igrejas e um centro espírita. Todos de pequeno porte para atendimento à população local.

Os dados colhidos nos últimos 10 meses de atendimentos em consonância com os obtidos junto a prefeitura municipal demonstram que a população atendida constitui em sua maioria de idosos. Tal fato confirma a grande demanda dessa população às consultas médias, 58% do total de consultas. Os outros dados demonstram que 48% dos pacientes atendidos são hipertensos, 39% diabéticos e assustadores 56% fazem uso de alguma medicação para saúde mental.

1.3 APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO TEMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família constitui uma das portas de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). Como um de seus pontos fundamentais está a prevenção e promoção à saúde, o que acarreta em um controle de eventos adversos mais graves a posteriori e redução dos custos.

Devido ao grande número de hipertensos que comparecem à Unidade de Saúde com objetivo de controle e acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) somado a ausência do “Hiperdia”, decidimos abordar essa temática, com intuito de incentivar a adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico.

Como estratégia de acompanhamento aos pacientes, independente de faixa etária e comorbidades associadas, os grupos operativos mostram-se como uma alternativa de atendimento a um grupo maior de pacientes, reduzindo demanda e otimizando a troca de conhecimento e experiências. Em anexo segue o Projeto de Intervenção realizado com esse fim.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Constituindo um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, renais e cardiovasculares. Dentre os desfechos negativos, é considerada responsável por pelo menos 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral, por 25% dos óbitos por doença arterial coronariana e, associado ao Diabetes Melitus, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Observando-se os casos complexos da plataforma Moodle percebe-se a grande semelhança das rotinas nas ESFs fictícias de Santa Fé com aquelas presenciadas na realidade diária. Através de levantamento por meio de revisão das fichas de atendimento e prontuários individuais da ESF Arroio Teixeira / Curumim concluiu-se que aproximadamente 58% dos atendimentos englobavam pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Destes, apenas 36% apresentavam níveis pressóricos dentro das metas preconizadas. Dentre os casos complexos propostos, o caso Homero assemelha-se com a realidade de baixa adesão ao tratamento. Sendo assim, segue o estudo de caso tendo a HAS como foco do atendimento.

2.2 RELATO DE CASO

FAB, masculino 68 anos, branco, casado, aposentado, sedentário, natural de Caxias do Sul/RS, reside em Capão da Canoa/RS. Comparece a consulta médica com queixa de dificuldade de controle pressórico. Durante a consulta o mesmo admite que por vezes esquece de tomar os comprimidos pois não sente nenhum sintoma. Monitora a medida em casa com aparelho automático de pulso e considera normal valores próximos a 160/100 mmHg.

Possui diagnóstico de HAS há mais de vinte anos e durante esse período poucas vezes obteve medidas de pressão arterial (PA) abaixo de 140/90 mmHg. Não possui outras comorbidades.

Nega cirurgias e eventos cardiovasculares prévios. Nega tabagismo e etilismo. Em uso irregular de Captopril 25mg duas vezes ao dia e Hidroclorotiazida 25mg pela manhã. Sem outras queixas durante interrogatório dos diversos sistemas. História familiar de HAS e IAM, motivo de falecimento do pai quando tinha 25 anos. Possui dois filhos, ambos hígidos.

Atualmente mora com a esposa em uma casa a uma quadra da beira mar. Moradia com saneamento básico e boas condições de higiene. Os filhos visitam raramente, são casados e residem com suas famílias em Caxias do Sul/RS.

Ao exame físico apresenta bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico orientado em tempo e espaço. Dados vitais: PA: 164/96 mmHg; Frequência cardíaca de 88 batimentos por minuto; saturação 98% em ar ambiente; Temperatura axilar: 36,6 °C. Pesa 80 quilos, mede 180 centímetros. IMC dentro da normalidade. Circunferência abdominal com 90 centímetros. O exame do aparelho cardiovascular traz *ictus cordis* normolocalizado, bulhas cardíacas regulares, em dois tempos e sem sopros, pulsos periféricos amplos e simétricos. Aparelho respiratório com boa expansibilidade torácica, som claro pulmonar à percussão, murmúrios fisiológicos sem ruídos adventícios em ambos os hemitórax. Possui abdome ligeiramente globoso, com borborigmos presentes sem queixas à palpação superficial ou profunda. Membros inferiores sem edema.

Lista de problemas: HAS; história familiar positiva de IAM.

Conduta: Em um primeiro momento o paciente é orientado acerca das medidas não farmacológicas de controle da HAS. Dieta com restrição de sódio, orientação para prática de atividade física regular de baixa intensidade, com foco aeróbico e frequência mínima de três a quatro vezes semanais. Incentivado a convidar a esposa, também hipertensa, a realizar as mesmas medidas, bem como acompanhamento na unidade. Em um segundo momento, aborda-se o tratamento medicamentoso. São reforçados os horários e a necessidade de uso contínuo da medicação, independente do aparecimento de sintomas como cefaleia, mal-estar geral, sudorese e prostração. Solicitado coleta de exames laboratoriais, eletrocardiograma (ECG) e radiografia de tórax (RX). Explica-se que idealmente as aferições devem ser realizadas por profissional da saúde treinado e com equipamento calibrado, preferencialmente utilizando esfigmomanômetro de coluna de mercúrio. Após o reforço das orientações, bem como dos possíveis desfechos desfavoráveis de eventos cardiovasculares fatais, o mesmo é convidado a participar do grupo de consulta coletiva desenvolvido na ESF com enfoque na melhoria da adesão ao tratamento do hipertenso.

Desfecho: Após consultas subsequentes verificou-se a normalidade nos exames laboratoriais, ECG de repouso sem atipias e RX sem alterações. Confirmou presença em todos os grupos mensais, apresentado enfim, curva pressórica com medidas de PA menores ou iguais a 140/90 mmHg, sem a necessidade de troca ou acréscimo de drogas anti-hipertensivas. O mesmo ainda relata ter melhorado sua percepção acerca do processo saúde-doença

compreendendo a necessidade das medidas não farmacológicas de controle e prevenção de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais desfavoráveis.

2.3 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

Trata-se de paciente com diagnóstico prévio de HAS, sem comorbidades, com IMC e circunferência abdominal dentro dos valores normais de referência. Apesar de possuir um Escore de Risco de Framingham de 11 pontos (08% de chance de desenvolvimento de doença coronariana em 10 anos) se faz necessário melhorar a adesão ao tratamento para controle dos níveis pressóricos, com meta estipulada em valores menores ou iguais de PA 140/90 mmHg, assim como aprimorar o conhecimento acerca da doença, desmistificando mitos e conhecimentos populares. Classifica-se sua doença como HAS de estágio dois, com níveis de PA sistólica entre 160-179 mmHg e diastólica entre 100-109 mmHg. Dentro dessa classificação o mesmo já possuía tratamento recomendado, com uso de duas drogas anti-hipertensivas de classes diferentes, devendo aprimorar a terapia não medicamentosa. (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016)

Assim como no caso complexo Homero, são abordadas ferramentas não medicamentosas de controle da PA e enfatizadas o seu grau de importância na prevenção e controle da doença. Através do fortalecimento do vínculo médico-paciente e melhoria da compreensão da doença, obteve-se sucesso em atingir as metas de PA sem a necessidade de alteração da medicação de uso contínuo e melhorar a adesão do paciente ao tratamento e acompanhamento contínuos.

Os grupos de consulta coletiva realizados foram desenvolvidos através do Projeto de Intervenção realizado dentro da atividade proposta no primeiro eixo do curso de especialização em Saúde da Família, disponível no Anexo 1.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Caracterizando-se como uma das principais portas de entrada do Sistema único de Saúde (SUS), a Atenção Básica (AB) constitui um aglomerado de ações de saúde, individual e coletivamente, abrangendo o diagnóstico, o tratamento, a promoção e proteção à saúde, a reabilitação, o controle de danos e manutenção do bem-estar de forma integral e com repercussões positivas na saúde e autonomia dos indivíduos bem como nos agravos, determinantes e fatores condicionais da coletividade. Dentro desse contexto, encontra-se a demanda dos usuários que buscam um cuidado em saúde mental (CAB Saúde Mental, 2013).

Em relação a essa realidade, preconiza-se o desenvolvimento de ações dentro de um território geograficamente delimitado e conhecido, o que acarreta uma maior aproximação e facilidade dos profissionais de saúde em compreender a história pessoal dos indivíduos, seus vínculos com o território e comunidade, seus contextos socioeconômicos e demais aspectos pertinentes da rotina de vida do usuário. Dada a facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, pode-se dizer que o cuidado em saúde mental é estratégico dentro da atenção básica (CAB Saúde Mental, 2013).

Tendo isso em vista, é comum aos profissionais das ESFs depararem-se rotineiramente com pacientes em situação de sofrimento psíquico. O acolhimento então surge como dispositivo de primeiro contato e início da formação e fortalecimento do vínculo entre a equipe e o usuário. Pode-se, já inicialmente, oferecer a escuta (individual ou coletiva) das angústias, dúvidas, aflições demonstrando que a ESF possui disponibilidade de acolher, acompanhar e, se necessário, referenciar o usuário dentro da rede de apoio. Os profissionais de saúde ainda podem executar outras ações dentro das esferas de cuidado, abaixo listam-se algumas delas (CHIAVERINI,2011):

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Durante a rotina dos profissionais da Atenção Básica é comum o acolhimento em grande parte de indivíduos com queixas de tristeza e/ou ansiedade, ou mesmo durante a consulta médica também é frequente a identificação desses sofrimentos mentais mesmo na ausência de queixa específica nesse sentido. Tais impressões corroboram o levantamento de que aproximadamente 25% das pessoas que procuram a AB possuem algum transtorno mental classificado no CID-10 (OMS, 2001).

3.1 REFLEXÃO

Dentro da realidade enfrentada pela equipe da ESF Arroio Teixeira/Curumim no município de Capão da Canoa/RS, as revisões das fichas de atendimento e prontuários individuais confirmam a alta prevalência de queixas de sofrimentos mentais. Cerca de 60% das consultas mensais envolvem queixas novas ou acompanhamento de pacientes com transtornos de ansiedade e, destes, 24% de transtornos do humor.

Tendo em vista a alta prevalência de transtornos de ansiedade, tornou-se necessário maior capacitação e conhecimento da equipe a respeito da abordagem, manejo e terapêutica acerca desse tema. Obteve-se assim através de capacitações, inclusive com a presença do Psiquiatra do município, melhora na escuta qualificada bem como na identificação dos usuários e seus contextos em relação à saúde mental e tratamento.

Como exemplo estão os componentes principais do tratamento dos transtornos de ansiedade: o emprego de medicamentos em médio e longo prazo e/ou a psicoterapia cognitivo-comportamental (níveis de evidência A e B) (AMB,2008). Todos os pacientes diagnosticados após acolhimento recebem a oferta da psicoterapia realizada através de matriciamento com os psicólogos de apoio. Já em relação ao tratamento medicamentoso, a Tabela 2 abaixo traz os diagnósticos mais comuns, bem como as principais drogas para tratamento segundo os graus de recomendações:

Tabela 2:

| Transtornos | 1ª linha (mg/dia) | 2ª linha (mg/dia) | 3ª linha (mg/dia) |
|---------------------------|---|--|--|
| Síndrome do Pânico | IRSs: Sertralina 50 Paroxetina 20 IRSNs: Venlafaxina 75-150 | Tricíclicos: Imipramina 150-200 Clomipramina 100-150 | Benzodiazepínicos: Clonazepam 2 – 4 Alprazolam 2 – 4 |
| Ansiedade Social | IRSs: Paroxetina 40 - 60 | Benzodiazepínicos: Clonazepam 3 - 6 | Moclobemida 750-900 |

| | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------------|
| | IRSNs: Venlafaxina 75-225 | | |
| Obsessivo-Compulsivo | IRSs: Sertralina 200 Paroxetina 60 Fluvoxamina 300 Fluoxetina 60 Clomipramina 300 | Combinações IRS + antipsicótico | |
| Ansiedade Generalizada | IRSs: Sertralina 50 - 200 IRSNs: Venlafaxina 75-150 | IRSs: Paroxetina 20 - 40 | Benzodiazepínicos em prazos curtos |

Adaptado de Projeto Diretrizes; Transtornos de Ansiedade: diagnóstico e tratamento, 2008.

Legenda: IRSs – Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina; IRSNs – Inibidores Não Seletivos de Recaptação de Serotonina;

Dentro ainda dessa reflexão, pode-se citar a influência desses transtornos em doenças crônicas como a Hipertensão Arterial. A ansiedade é comumente relacionada na crença popular a piora ou desenvolvimento de hipertensão, porém os estudos científicos ainda não encontraram relação direta, como fator de risco isolado ou agrupado, para desenvolvimento ou piora de prognóstico em desfechos cardiovasculares, carecendo ainda de evidências que corroborem essa associação (FONSECA, 2009).

4 VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A qualidade, integralidade e longitudinalidade da atenção aos usuários do SUS ainda se mostram como desafios dentro do contexto de porta aberta que a atenção básica possui. Apesar de esforços estarem sendo empreendidos na firmamento do SUS, os trabalhos desenvolvidos esbarram em situações de carências, tanto de recursos humanos quanto estruturais (POLARO, 2013).

Em concordância com os princípios básicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a visita domiciliar (VD) constitui uma ferramenta de enfrentamento às barreiras que surgem frente a equipe. Coloca sob seu escopo de análise a família como unidade de atenção central, analisando e compreendendo as necessidades diversas dos sujeitos em observação, visando a prevenção e promoção a saúde, recuperação e reabilitação de doenças. (MANDU, 2008)

Tendo isso em vista, as VDs possuem objetivos amplos e complexos, abrangendo a visão não apenas no indivíduo, mas em todo o núcleo familiar e contexto de relações interpessoais envolvidos. Tal abordagem fortalece o vínculo entre a equipe e o usuário, culminando na melhora da adesão ao tratamento proposto, da qualidade de vida e, através da Educação em Saúde, dissemina o conhecimento. (BORGES, 2011)

Dessa forma, a importância da atenção prestada às doenças crônicas, dada a necessidade de vigilância constante e acompanhamento contínuo, fica expressa no compromisso assumido pela equipe com os usuários, nas avaliações agendadas, reduzindo a evasão ao tratamento e reduzindo o risco de complicações. A periodicidade mensal ainda reforça a percepção do indivíduo e seu grupo familiar que o tratamento proposto possui sentido e relevância não apenas para ele, mas também para a equipe que se compromete com a longitudinalidade do cuidado e permite sanar as dúvidas que surjam durante esse processo. (MONTOVANI, 2007)

Dentro da realidade da ESF Arroio Teixeira / Curumim, através de reuniões semanais de equipe, optou-se por seguir um protocolo de visitas domiciliares, tentando trazer uma abordagem mais objetiva a questão das VDs, utilizando-se para esse fim a escala de Coelho e Savassi (Figura 2).

Figura 2 – Escore de Coelho e Savassi para visita domiciliar:

| Dados da ficha A | | Escore |
|--------------------------------|------------------------|--------|
| Acamado | | 3 |
| Deficiência física | | 3 |
| Deficiência mental | | 3 |
| Baixas condições de saneamento | | 3 |
| Desnutrição (grave) | | 3 |
| Drogadição | | 2 |
| Desemprego | | 2 |
| Analfabetismo | | 1 |
| Menor de seis meses | | 1 |
| Maior de setenta anos | | 1 |
| Hipertensão arterial sistêmica | | 1 |
| Relação morador/cômodo | Se maior que 1 | 3 |
| | Se igual a 1 | 2 |
| | Se menor que 1 | 0 |
| Escore total | Classificação de risco | |
| Escore 5 ou 6 | R1 | |
| Escore 7 ou 8 | R2 | |
| Maior que 9 | R3 | |

Fonte: Coelho e Savassi, 2004.

Em um primeiro momento as Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) passaram por um treinamento para abordagem familiar e coleta dos dados necessários. Em um segundo momento estabeleceu-se que os dados seriam obtidos de duas formas: a primeira, durante o cadastramento das famílias que foi iniciado junto com as atividades da ESF; a segunda, em visita domiciliar solicitada por familiar ou cuidador à enfermeira na unidade.

Em um terceiro momento, após a definição do risco do paciente em questão e visita domiciliar da equipe para levantamento das comorbidades, estabeleceu-se um calendário de visitas, em turno específico para utilização de transporte fornecido pela Prefeitura de Capão da Canoa. Realizam-se então quatro a cinco consultas em média, dependendo da complexidade e tempo do atendimento, as sextas-feiras entre 13:00 e 17:00 horas. A equipe de visita é composta por médico, técnico de enfermagem ou enfermeiro e ACS. Dentro da comunidade atendida, 56% das visitas realizadas durante o ano observado foram de pacientes que tiveram desfechos cardiovasculares desfavoráveis acarretando sequelas funcionais, reforçando a necessidade de práticas de promoção e prevenção a saúde, foco do projeto de intervenção desenvolvido, disponível como anexo 1.

Entretanto, apesar do ganho da qualidade observado na assistência à saúde no território de atuação da equipe, a ausência de um NASF ou mesmo outros profissionais de apoio constitui-se o principal entrave para uma otimização das VDs sob a ótica multidisciplinar. Profissionais das áreas de nutrição, fisioterapia, assistência social e psicologia promoveriam grande impacto

positivo no cuidado aos pacientes acamados ou impossibilitados de procurar assistência na unidade por limitação permanente ou temporária.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

À primeira vista, a obrigatoriedade de cursar uma especialização em saúde da família após algum tempo já atuando no mercado não foi a melhor. Já possuindo alguma experiência tanto na atenção básica, como médico da ESF, quanto em urgência e emergência, a ideia de um curso a distância focado nos princípios e conceitos complexos que envolvem esse primeiro nível de atenção não se mostravam atrativos. Foi então após realmente ter iniciado as atividades propostas que a barreira construída naquele primeiro momento começou a desfazer-se.

A proposta didática apresentada pela UFCSPA em seu ambiente virtual convida o aluno através de diversos instrumentos e associações entre recursos multimídia a abandonar receios e pré-conceitos e interagir com um contexto virtual que simula a realidade vivida durante o ano de trabalho em uma ESF. Através da contextualização apresentada pela cidade fictícia de Santa Fé pôde-se traçar em diversos momentos paralelos com a realidade cotidiana das situações que se apresentavam na unidade de atuação. Não somente em relação a casos clínicos, mas também a situações de conflitos que exigiam constantes reflexões sobre a melhor forma de lidar com os distintos perfis dos usuários, atores e gestores da saúde pública.

Foram constantes os questionamentos éticos, deficiências estruturais e falta de recursos básicos ou complementares que a realidade vivida durante esse período impunha ao profissional. A compreensão então da história e evolução das políticas de saúde no Brasil, bem como o entendimento da construção e aprimoramento de um modelo de assistência universal e gratuito foram necessários para auxiliar na orientação e tomada de decisões acerca de como enfrentar situações adversas ao invés de apenas questionar o sistema falho. Essa compreensão ainda permite trazer a luz das discussões entre colegas formas de enfrentar os diversos desafios pelos quais o SUS passa atualmente.

O ciclo clínico surgiu como uma excelente maneira de revisar conteúdos e aprofundar o conhecimento. Aliado às discussões nos fóruns com colegas que expressavam diversas realidades, obteve-se uma visão mais ampla, dentro do contexto de cuidado integral e longitudinal do paciente, de aplicação dos diagnósticos diferenciais e terapêuticas empregadas, sempre embasadas em evidências e níveis de recomendação. Há sem dúvida, após os ensinamentos recebidos e utilização do Portfólio como ferramenta de consolidação e conclusão do curso de especialização, um refinamento no pensamento crítico pessoal e profissional que reflete diretamente na melhoria da qualidade de assistência prestada ao paciente, família e comunidade.

REFERÊNCIAS

Andrade et al. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Arq Bras Cardiol* 2002; 79: 375-9.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <http://www.fen.urg.br/revista82/v8n2a11.htm>. Acesso em: 15.08.2016.

Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes – Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. Brasil. Ministério da Saúde, 2008.

BORGES, Renata; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, Santa Catarina. *Interface*, 2011, v.15, n.37, p.p 461-472.

Brasil, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, nº34, Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde- NOAS/SUS- 01/2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n. 2, p.145-153, 2000.

CHIVERINI, Dulce Helena. Saúde mental – Matriciamento. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. IV. 2008.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing*, v. 17, n. 6, p.452-459, 2000.

FONSECA, Fabiana de Cássia Almeida et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J. bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009.

MANDU, Edir Nei Teixeira; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; SILVA, Maria da Anunciação; SILVA, Ana Maria Nunes da. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto contexto – Enfermagem*, 2008, vol.17, n.1, pp. 131- 140.

MANTOVANI, Maria de Fátima; VEIGA, Juliana; RODRIGUES, Juliana. Visita domiciliar de enfermagem com atividades educativas no tratamento da pressão arterial. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2007, v. 6, n.1, s.

POLARO, Sandra Helena Isse; GONCALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013, v.47, n.1, pp. 160 – 167.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; CARVALHO, Hendrik Ranieri de Oliveira; MARIANO, LAMBERTI, Felipe da Mota, Cezar Augusto; MENDONÇA, Márcio Figueiredo; YAMANA, Gustavo Franco; PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves. Proposta de protocolo de classificação de risco para o atendimento domiciliar individual na atenção primária. *Journal of Management and Primary Health Care*, 2012, v. 3, n. 2, pp.151 – 157.

VII DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em 20.01.2017.

World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding*, New Hope. 1.ª edição, Lisboa, Abril de 2002.

World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. World Health Organization: Genebra; 1993.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

**INCENTIVO À ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ARROIO
TEIXEIRA EM CAPÃO DA CANOA – RIO GRANDE DO SUL**

Marlus Sergio Borges Salomão Junior

Capão da Canoa, agosto de 2016.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública, principalmente para a Atenção Básica. Como desafio ao cuidado e controle dessa doença apresenta-se a baixa adesão ao tratamento e acompanhamento. O presente estudo traz como objetivo elaborar uma proposta de intervenção que melhore a adesão ao tratamento do paciente hipertenso na área de abrangência da ESF Arroio Teixeira de Capão da Canoa, Rio Grande do Sul. Realizou-se busca manual através de método integrado em bases de dados *on line* acerca do tema. São vários os fatores que contribuem para a não adesão, constituindo uma rede complexa envolvendo variáveis sociodemográficas, crenças, interação familiar, idade, intolerância medicamentosa, relação profissional de saúde-paciente, entre outros. Constatou-se enfim a necessidade de incentivo à adesão ao tratamento, tanto farmacológico quanto às mudanças de hábitos de vida, através de grupos operativos que elucidam de maneira dinâmica os conceitos, fatores de risco, desfechos e terapêutica acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica. Como resultado espera-se abranger de forma coletiva os pacientes hipertensos, instruindo-os acerca da doença em questão e os incentivando através dos grupos a manterem o acompanhamento regular para melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Adesão. Tratamento. Estratégia de Saúde da Família.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 24 |
| 2 PROBLEMA | 26 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 26 |
| 4 OBJETIVOS | 27 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL | 27 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 27 |
| 5 REVISÃO DA LITERATURA | 28 |
| 6 MATERIAIS E MÉTODOS | 30 |
| 7 CRONOGRAMA..... | 32 |
| 8 RECURSOS NECESSÁRIOS | 33 |
| 9 RESULTADOS ESPERADOS | 34 |
| 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 35 |

1 INTRODUÇÃO

Dentre as Doenças Crônicas não Transmissíveis a Hipertensão Arterial Sistêmica é responsável por 40% dos óbitos por doença arterial coronariana. Encontrada em aproximadamente 29% da população mundial, no Brasil estima-se que há 16 a 18 milhões de portadores dessa doença sendo metade acima dos 60 anos de idade com prevalência pelo sexo feminino após os 50 anos, negros e histórico familiar positivo (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016).

Afetando um crescente número de indivíduos em diversos países, recebeu a atenção de diversos estudos que passaram a documentar e determinar os fatores de risco associados ao desenvolvimento e agravamento dessa condição clínica. O modo e estilo de vida bem como a interação entre fatores ambientais, biológicos, socioeconômicos e psicológicos constituem uma rede complexa que influenciam diretamente no surgimento, manutenção e complicações referentes à essa doença (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos que o manejo da hipertensão arterial sofreu nas últimas décadas, a adesão dos pacientes às propostas terapêuticas implementadas, do início do diagnóstico à manutenção dos níveis de PA adequados, ainda constitui importante empecilho para o controle da doença (MION JR., 2003).

A HAS define-se por: condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Constitui importante problema de saúde pública pela sua alta prevalência e baixas taxas de controle (VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2016).

Os pilares para o tratamento da HAS envolvem medidas farmacológicas e não-farmacológicas. As principais recomendações não medicamentosas são: alimentação saudável, redução no consumo de sódio, redução do consumo de álcool, ingestão de

alimentos ricos em potássio, atividades físicas e combate ao tabagismo. Dentre as medidas farmacológicas o uso das drogas anti-hipertensivas, tem mostrado sucesso no controle dos níveis pressóricos e redução do risco global de eventos cardiovasculares desfavoráveis (OLIVEIRA et al., 2011).

Entende-se por adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a prescrição médica, incluindo medidas não farmacológicas, e o comportamento adotado realmente pelo paciente. São diversos fatores que influenciam a adesão do paciente a determinado plano terapêutico, por exemplo: relação médico-paciente, dúvidas quanto a doença, quanto à medicação, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, de obtenção da medicação e manutenção do tratamento (MION JR., 2003).

Sendo assim se faz necessário um processo contínuo de esclarecimentos e orientações, em linguagem simples e clara de fácil compreensão pelo paciente acerca do significado da HAS, fatores de risco, causas e consequências, evolução, medicações e efeitos colaterais para que juntos, profissional e paciente, possam negociar um plano de tratamento, dentro das possibilidades, que seja efetivo e reduza o risco de evasão.

2 PROBLEMA

Dificuldade na adesão ao tratamento e acompanhamento dos pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com ou sem comorbidades associadas, pertencentes a área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Arroio Teixeira.

3 JUSTIFICATIVA

Conforme levantamento local acerca dos atendimentos realizados mensalmente, contata-se que aproximadamente 48% (quarenta e oito por cento) dos pacientes atendidos possuem diagnóstico de HAS. Este dado corresponde a 184 consultas por mês de pacientes hipertensos que necessitam de tratamento e acompanhamento dos profissionais da equipe de saúde. A problemática existe devido à ausência de estratégias de prevenção e promoção a saúde no âmbito coletivo a fim de combater, através do estímulo a adesão ao tratamento, eventos cardiovasculares desfavoráveis.

Como estratégia de acompanhamento aos pacientes, independente de faixa etária e comorbidades associadas, os grupos operativos mostram-se como uma alternativa de atendimento a um grupo maior de pacientes. Tem como objetivo reduzir a demanda e realizar ações de promoção e prevenção ausentes até então na ESF.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Incentivar e otimizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo paciente em acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Arroio Teixeira, município de Capão da Canoa – RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF Arroio Teixeira.

- Implementar ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem como definição a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg em indivíduos que não fazem uso de medicação antihipertensiva (BRASIL, 2006).

Considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade, constitui uma das principais causas de morbi-mortalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo necessário, portanto, ações individuais e coletivas para prevenção das alterações provocadas pela doença no organismo (OLIVEIRA et al., 2011).

O diagnóstico é realizado após mais de uma medida, em momentos distintos, de níveis elevados e sustentados da PA (PAS \geq 140 mmHg e PAD \geq 90 mmHg). A aferição deve obedecer aos critérios técnicos, utilização de equipamentos adequados e ser realizada por profissional capacitado (VII DBH, 2016).

Dentre os fatores de risco destacam-se diabetes, tabagismo, gênero, etnia, dislipidemias (triglicérides $>$ 150 mg/dL, LDL colesterol $>$ 100 mg/dL, HDL $<$ 40mg/dL), idade (homem $>$ 55 anos e mulheres $>$ 65 anos) e história familiar prematura de doença cardiovascular (homens $<$ 55 anos e mulheres $<$ 65 anos). Como fatores de risco adicionais sugere-se ainda: obesidade abdominal (circunferência da cintura $>$ 102 cm para homens e $>$ 88 cm para mulheres), pressão de pulso $>$ 65 mmHg (em idosos), história de pré-eclampsia na gestação, glicemia de jejum (100 a 125 mg/dL) e hemoglobina glicada anormal, história familiar de hipertensão arterial, sedentarismo e ingestão excessiva de sódio (VII DBH, 2016; WHO, 2005).

A decisão terapêutica não leva em consideração apenas os níveis de PA, baseia-se no risco cardiovascular através da presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida (VII DBH, 2016, SBH, 2010).

O tratamento dependerá da avaliação e associação entre os esses fatores de risco determinando se a abordagem será medicamentosa, não medicamentosa ou combinada. O principal objetivo é a redução da morbi-mortalidade cardiovascular. O tratamento não medicamentoso baseia-se em mudança de estilo de vida que envolve

controle e perda ponderal, redução na ingestão de álcool, sódio, de gordura saturada e do colesterol, ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio, cessação do tabagismo, práticas regulares de exercícios físicos e redução do estresse (VII DBH, 2016).

As drogas anti-hipertensivas usadas como tratamento medicamentoso têm como objetivo a redução da PA e controle de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, com foco na diminuição da taxa de mortalidade. Estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio mostram redução da morbimortalidade (VII DBH, 2016).

A responsabilidade do controle da hipertensão arterial no Brasil cabe aos serviços de atenção básica através do desenvolvimento de ações estratégicas, diagnóstico, cadastramento, busca ativa, tratamento, prevenção e intervenção precoce de possíveis complicações bem como ações educativas e controle dos fatores de risco. A equipe de saúde deve sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-o quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida (Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS, BRASIL, 2005).

A qualidade do atendimento da equipe de saúde, somada a satisfação do hipertenso com relação a este, constituem ponto fundamental na adesão ao tratamento. Durante o acolhimento é necessário considerar os sentimentos de estímulo, esperança, compreensão, respeito às inquietudes, sintomas e limitações do paciente em seu processo de adaptação a doença. Como fator de estímulo, as ações educativas, individuais e coletivas, contribuem para que o paciente hipertenso possa ter participação ativa com compartilhamento da responsabilidade do tratamento, fazendo uso adequado dos fármacos, mantendo a assiduidade aos encontros, monitorando resultados, adotando as mudanças no estilo de vida (ARAÚJO e GARCIA, 2006).

6 MATERIAIS E MÉTODOS

Para o embasamento teórico foi realizada revisão bibliográfica através de busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O período da pesquisa realizada compreende os meses de junho a setembro de 2016, sendo utilizado método integrado, buscando-se artigos com os seguintes descritores: Hipertensão Arterial; Adesão; Tratamento.

A intervenção será desenvolvida no município de Capão da Canoa, o qual se localiza no litoral norte do Rio Grande do Sul. A população estimada em 2016 (IBGE) é de 47.792 habitantes. Distância até a capital de 139 quilômetros, com características geográficas: Área 97.100 km². O Sistema Municipal de Saúde apresenta capacidade instalada para realização do serviço primário e secundário. Dispõe de 10 Unidades Básicas, 01 Pronto Atendimento Municipal e 01 unidades hospitalar.

A proposta é desenvolvida na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Arroio Teixeira, situada a 17 quilômetros da sede. A ESF é responsável pela cobertura de 1030 famílias, cerca de 4200 pessoas, com 628 hipertensos cadastrados.

O Programa de hipertensos desenvolvido na ESF Arroio Teixeira/Curumim tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são: atualização do cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual ou em grupo mensal. Para a inclusão no programa foram selecionados pacientes acima de 18 anos com diagnóstico de hipertensão primária, independente de etnia, sexo, escolaridade, religião, situação conjugal e condição socioeconômica, com cognição preservada e condição de deslocamento até a ESF.

A intervenção será realizada por meio de grupos operativos com os hipertensos cadastrados e acompanhados na ESF, grupos estes que ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos. A data do primeiro encontro realizado foi em agosto de 2016, sendo definido dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos hipertensos, para os encontros

mensais. O planejamento e a realização dos grupos baseiam-se na apresentação de oficinas com o intuito de levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida que reduzam os fatores de risco modificáveis.

Em reunião com a equipe foram elencados os seguintes temas: 1) Hipertensão: conhecendo a doença; 2) Diabetes como fator de risco; 3) Obesidade e dieta; 4) Álcool e Tabagismo; 5) Sedentarismo e Atividade física; 6) Consequências da HAS; 7) Tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Com o objetivo de tornar a linguagem de fácil compreensão para os diversos níveis de escolaridade utiliza-se como material: televisor 40 polegadas fixado na recepção da unidade, ligado a *notebook*, com apresentação de recurso lúdico em multimídia como filmes, *slides* e entrevistas; Cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; Dinâmicas de grupo; e para aferição dos níveis de PA, Esfigmomanômetro e estetoscópio próprios.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização de grupos;
- Cadeiras;
- Balança;
- Esfignomanometro Anaeróide;
- Estetoscópios;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Receituário;
- Equipamento de multimídia;
- Caneta;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, 2 ACS;
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Alterar a percepção de que o paciente possui o entendimento completo acerca da doença e que por si só deve aderir ao tratamento, não por escolha, mas por recomendação ou mesmo imposição. Não se trata de um hipertenso pronto a receber todas as recomendações e indicações dos profissionais da saúde. É necessário o processo de compreensão do processo saúde-doença, buscando a reflexão acerca das crenças, costumes, percepções e particularidades individuais e coletivas que fazem parte do cotidiano do paciente.

Através a desmistificação e elucidação das causas, fatores de risco, comorbidades, consequências, desfechos e tratamentos espera-se que a Equipe de Saúde tenha sucesso em minimizar o abandono do acompanhamento e terapêutica. O incentivo a medidas frequentes da Pressão Arterial com profissional capacitado para melhor controle e identificação precoce de falha terapêutica ou eventos cardiovasculares desfavoráveis.

Entender que a evolução silenciosa e assintomática da HAS não deve ser tomada como fator de melhora e que o tratamento não farmacológico é essencial e deve ser sempre estimulado, a fim de proporcionar ao hipertenso melhor qualidade de vida apesar das limitações e dificuldades individuais.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade et al. Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol** 2002; 79: 375-9.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <http://www.fen.urg.br/revista82/v8n2a11.htm>. Acesso em: 15.08.2016.

Brasil. Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde-NOAS/SUS- 01/2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p.145-153, 2000.

CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nursing*, v. 17, n. 6, p.452-459, 2000.

COELHO, E. B.; NOBRE, .F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens** vol. 13(1) 51-54, 2006.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. European society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. **J Hypertens**. v. 21, n. 6, p. 1011-1053, 2003.

FREITAS, O. C. et al. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Catanduva, SP. **Arq Bras Cardiol.**, v. 77, n. 1, p. 9-15, 2001.

VII DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em 15.8.2016.

LOPES, H. F. et al. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, São Paulo, v. 13, n. 1, p.148-155, 2003.

MARCON, S. S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. Ciências Y Enfermaria, v. 1, n. 1, p. 33-42, 1995.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Evolução de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa saúde da Família em um centro de Saúde Escola. Acta Paul Enferm. v. 18, n. 3, p.269-275, 2005.

MION, JR. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol.**, v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Enf. USP**, v. 32, n. 4, p. 335-353, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **OMS alerta para baixa adesão ao tratamento**. Disponível em: [http:// www. Sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149](http://www.Sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149) . Acesso em: 20.08.2016.

SVENSSON, S. et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. **Internacional journal of cardiology**, v. 76, p. 157-163, 2000.

WHO. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investment. Geneva: WHO, 2005.