

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

GUILHERME DE PAULA BONFÁ

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO ENTRE A
POPULAÇÃO IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PINGO D'ÁGUA**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

GUILHERME DE PAULA BONFÁ

**ADESÃO AO TRATAMNETO ANTI-HIPERTENSIVO ENTRE A
POPULAÇÃO IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PINGO D'ÁGUA**

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

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Nadja Cristiane LappannBotti

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

GUILHERME DE PAULA BONFÁ

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO ENTRE A
POPULAÇÃO IDOSA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
PINGO D'ÁGUA**

Banca Examinadora

Profª Drª Nadja Cristiane Lappann Botti – Orientadora (UFSJ)

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 19/11/2015

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial considerada um grave problema de Saúde Pública, principalmente para a Atenção Básica. O diagnóstico precoce e controle pressórico adequados diminuem o risco de acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. Uma das dificuldades encontradas no atendimento às pessoas hipertensas na Estratégia Saúde da Família refere-se à falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois dentre os hipertensos atendidos e em acompanhamento poucos têm níveis controlados de pressão arterial. Quando o paciente não segue o tratamento eleva-se o índice de complicações inerentes à doença e causa complicações que podem colocar o indivíduo hipertenso em risco. Este projeto tem como objetivo elaborar um plano de intervenção visando atuar na baixa adesão do tratamento anti-hipertensivo entre a população idosa na Estratégia de Saúde da Família Maria de Lourdes Guimarães no Município de Pingo D'Água. Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi feita pesquisa bibliográfica nas bases de dados do Google Acadêmico e da SciELO, com os descritores: hipertensão. Adesão e atenção primária de saúde além de busca em sites oficiais. A execução do plano de intervenção permitirá a identificação na população adscrita de questões importantes sobre o perfil dos hipertensos, ações desempenhadas no tratamento anti-hipertensivo motivos da falta de adesão ao tratamento adequado. É importante ressaltar que a adesão ao tratamento não depende apenas do paciente, mas de trabalho conjunto dos profissionais da Equipe da Estratégia Saúde da Família. O plano de intervenção proposto irá direcionar a equipe de profissionais no atendimento aos pacientes hipertensos visando melhorar o conhecimento desses indivíduos em relação à doença e proporcionar melhorias da qualidade de vida.

Palavras -chave: Hipertensão. Adesão. Atenção Primária de Saúde

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension is a multifactorial clinical condition considered a serious Public Health Problem, especially for primary care. The early diagnosis and adequate blood pressure control reduces risk of stroke, acute myocardial infarction, heart failure, and chronic renal failure. One of the difficulties in caring for hypertensive people in the Family Health Strategy refers to the lack of adherence to antihypertensive treatment, as, among followed hypertensive patients, just a few have controlled blood pressure levels. When the patient does not follow the treatment, it raises the rate of complications related to the disease and cause complications that can put the hypertensive individual at risk. This project aims to develop an intervention plan to work in low compliance of antihypertensive treatment among the elderly people in the Maria de Lourdes Guimarães Family Health Strategy, in the city of Pingo D'Água. To prepare this action plan we used the Strategic Planning Method Situational. The implementation of the action plan will identify important issues on the profile of hypertensive people, actions taken in antihypertensive treatment, and reasons for non-adherence to appropriate treatment. Importantly, treatment adherence not only depends on the patient, but all those working in the Family Health Strategy team. The proposed action plan will direct the team of professionals in service to hypertensive patients to improve knowledge of these individuals about the disease and provide quality of life improvements.

Key words: Hypertension. Adherence. Primary care Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Diagnóstico situacional.....	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos Específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1 Cenário da Hipertensão Arterial Sistêmica	16
5.2 Adesão ao tratamento.....	18
5.3 Abordagem multiprofissional.....	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1 Identificação e priorização dos problemas	24
6.2 Plano de ação.....	24
6.3 Avaliação e monitoramento	27
7 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica funciona como a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde. O papel da equipe é trabalhar de forma organizada tendo a visão de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e oferecer respostas adequadas e oportunas, agindo positivamente nas condições de saúde dos indivíduos. Um dos grandes desafios dos profissionais da atenção básica é a atenção em saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes e sofrem influência de fatores biológicos e socioculturais, e a efetividade da abordagem depende da atuação conjunta de todas as categorias profissionais que atuam na equipe de saúde (BRASIL, 2014).

Segundo Dias *et al* (2011), os pacientes que são portadores de doenças crônicas apresentam menor índice de aderência ao tratamento proposto. Em países desenvolvidos a estimativa de pacientes que conseguem cumprir o tratamento é de 50%. A adesão à terapêutica é de extrema importância quando se reporta às doenças crônicas, pois estas têm um grande impacto na população. Em uma população com uma situação econômica precária os custos dos fármacos contribuem para falta de aderência à terapêutica, assim como a polimedicação, existente quer no idoso, quer na doença crônica (SANTOS, 2008).

As doenças do aparelho circulatório estão entre os quatro grupos de doenças crônicas de maior impacto mundial (BRASIL, 2014). Essas patologias foram responsáveis por mais de 800 mil internações processadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, com um custo aproximado de um bilhão e 300 milhões de reais e se mantêm como principal causa agrupada de mortes no Brasil. Dentre as doenças do aparelho circulatório a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma importante causa direta ou participante da morbidade e mortalidade (SANTA- HELENA; NEMES; NETO, 2010).

Em 2013 a expectativa de vida ao nascer no Brasil subiu para 74,9 anos (IBGE, 2013). Associado ao aumento da expectativa de vida em todo o mundo observou-se uma maior incidência e prevalência de certas doenças, particularmente as doenças cardiovasculares (DC). As DCs são responsáveis por mais de 250.000 mil mortes por ano no Brasil e a HAS participa de quase metade delas. A Organização Mundial da Saúde considera idoso, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com 60 anos ou mais. O processo de envelhecimento torna o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa faixa etária populacional (MIRANDA, 2002).

A HAS é uma doença crônica que pode ser diagnosticada basicamente através da medida da pressão arterial. Apesar dos grandes avanços da indústria farmacêutica na fabricação de medicamentos cada vez mais eficazes para o seu tratamento, associado ao tratamento não farmacológico, o cenário atual ainda apresenta um número muito grande de hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente (SARQUIS *et al.*, 1998).

Os idosos representam a faixa etária mais medicalizada, a maioria estão em uso constante de mais de um fármaco, prescritos em horários diversos e com frequência encontramos pacientes que não conseguem seguir os princípios de dose certa, hora certa e medicação certa. Quando o paciente é incapaz de seguir o tratamento, eleva-se o índice de complicações inerentes à doença e causa descompensações que podem colocar o indivíduo hipertenso em risco.

O controle adequado dos níveis pressóricos diminui o risco eminente de lesões em órgãos-alvos. Há uma prevalência maior de lesões, como: alterações no fundo do olho, insuficiência renal, doença cerebrovascular, hipertrofia ventricular esquerda e aterosclerose periférica, entre os idosos, que pode ser associado ao tempo mais longo de HAS ou pela somação de fatores de risco. Hoje o maior desafio que enfrentamos é a aderência ao tratamento anti-hipertensivo nesta faixa etária e o controle adequado, em larga escala, da hipertensão. A HAS é uma doença crônica, apresenta longo curso assintomático e a suspensão do tratamento não traz consequência imediata (MIRANDA, 2002).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, da Atenção Primária a Saúde, notadamente das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). São metas prioritárias dos profissionais de saúde, a prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS, pois são as formas mais efetivas de evitar a doença e reduzir eventos cardiovasculares (BRASIL, 2011).

Para hipertensos que apresentam riscos moderados e graves, fatores de risco para doenças cardiovasculares e/ou lesão importante de órgãos-alvo é indicado o tratamento farmacológico. No entanto, “poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico e, muitas vezes, faz-se necessária a terapia combinada, principalmente em indivíduos idosos e com co-morbidades relevantes”. Apesar de ser eficaz na redução dos valores pressóricos, da morbidade e mortalidade a terapia medicamentosa tem alto custo e pode ter efeitos colaterais motivando o abandono do tratamento (ZAITUNE *et al.*, 2006, p.285).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), o tratamento não-medicamentoso pode controlar a hipertensão leve, quando associado com o tratamento

farmacológico, pode melhorar o controle do paciente com hipertensão moderada/grave. Existem medidas de modificação do estilo de vida que, efetivamente, têm valor comprovado na redução da pressão arterial (controle de peso, redução da ingestão de sal, diminuição ou abolição do consumo de álcool e atividade física). Dificilmente pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, vão apresentar nível de pressão arterial controlado.

Apesar do progresso alcançado pela indústria farmacêutica na formulação de medicamentos eficazes e com baixos índices de efeitos indesejáveis, os profissionais que tratam de pacientes portadores de hipertensão arterial continuam esbarrando em um problema secular, a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não (GUSMÃO *et al.*, 2009).

A não adesão ao tratamento está relacionada a condições multifatoriais. Cada paciente deve ser avaliado levando em consideração idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Outros fatores também devem ser considerados tais como: mudanças de comportamento, disponibilidade financeira, tolerância a eventuais efeitos colaterais ao processo de adesão, assim como a qualidade do acesso e serviços ofertados pelas políticas de saúde vigente (SARQUIS *et al.*, 1998).

Para Leite e Vasconcellos (2003), a relevância da questão na terapêutica é indiscutível: da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica, a prevenção de uma patologia. O controle da pressão arterial constitui um desafio tanto para os hipertensos quanto para os profissionais de saúde. E a efetividade no tratamento pode ser alcançada, a partir do momento que forem identificados e trabalhados todos os problemas enfrentados pelos pacientes.

É necessário desenvolver estratégias que possa identificar pacientes hipertensos ou com risco de desenvolver hipertensão. A HAS apresenta destaque em termos epidemiológicos, e trás consequências negativas sobre o quadro de morbidade e de doenças cardiovasculares da população. Todos os indivíduos hipertensos devem ser incentivados e motivados a iniciar e dar prosseguimento ao tratamento anti-hipertensivo (SARQUIS *et al.*, 1998).

Conforme Cunha *et al* (2012), a baixa na adesão ao tratamento pelo paciente idoso hipertenso pode ser minimizado por meio de ações na atenção básica, dessa forma podemos reduzir a taxa de morbimortalidade e os custos do Sistema Único de Saúde.

1.1 Diagnóstico situacional

O município de Pingo D'Água localizado no Estado de Minas Gerais a 310 km da capital foi originalmente distrito do município de Córrego Novo (Lei Municipal n°.459, de 22 de junho de 1994) sendo elevado a categoria de município em 21 de dezembro de 1995 (Lei Estadual n°.12030).Encontra-se na Macrorregião do Vale do Rio Doce e Microrregião de Caratinga e a região metropolitana é o Vale do Aço e apresenta clima tropical de altitude (IBGE, 2010).

O município de Pingo D'Água tem 4.226 habitantes (SIAB, 2015). Está situado no Vale do Rio Doce sendo cercado de 40 lagoas naturais, próxima à reserva do Parque Estadual do Rio Doce, conhecido como mata do Parque, com 35 mil hectares de floresta nativa, um dos últimos remanescentes da mata atlântica no Estado e com turismo pouco explorado e com grande capacidade de investimento.

Segundo dados do SIAB (2015), o município tem área total de 66,570 km² com 1321 famílias e domicílios sendo que 91,82% da população tem abastecimento de água tratada, 8,02% usa poço ou nascente e 0,15% usam outros serviços. Entre a população 90,31% possui recolhimento de esgoto por rede pública, 8,48% usa a fossa e 1,21% o esgoto é céu aberto.

No município a renda média familiar é de R\$331,61 e o seu comércio está pautado na venda de alimentos e roupas. Conta com mercearias, bares, pensões, lojas de roupas e açougues.

A taxa de analfabetismo de acordo com o da população acima de 15 anos é de 16,95 % e 100% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) IBGE (2010).O município conta com conselho de saúde atuante composto por 24 conselheiros (representantes do governo, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e usuários) que se reúnem mensalmente.

Segundo Ata do Conselho Municipal de Saúde, a primeira Equipe de Saúde da Família foi criada em janeiro de 2001 e a segunda em setembro de 2009. Cada equipe de Saúde ESF I e ESF II é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes de saúde. A equipe ESF I é responsável por 711 famílias e a equipe ESF II por 611 famílias. Cada equipe é responsável pelo seu território que é subdividido em cinco micro áreas. Cada equipe ESF tem uma equipe saúde bucal que é composta por dentista, técnica de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. As equipes atuam com 100% da cobertura das famílias. As visitas domiciliares são realizadas diariamente pelos agentes e de acordo com a programação dos outros profissionais da equipe. Cada agente é responsável em média por 140 famílias. Todas

as famílias encontram-se cadastradas na Ficha A e os dados atualizados durante as visitas. A atenção secundária do município é realizada através de convênios, cujo principal é o Consaúde, onde são ofertadas as consultas especializadas. Na atenção terciária não há hospital no município, sendo os hospitais de referência o Hospital São Camilo, em Coronel Fabriciano; o Hospital Vital Brasil, em Timóteo; e o Hospital Márcio Cunha, em Ipatinga.

O município conta com vários profissionais e serviços de saúde como Programa Saúde da Família (Equipe I e II) e Unidade Básica de Saúde. Os profissionais de saúde do município são quatro enfermeiras, 10 agentes comunitários de saúde, 10 agentes de endemias, 16 técnicos de enfermagem, dois médicos generalistas, um ginecologista (1 vez por semana), um pediatra (1 vez por semana), um psiquiatra (de 15 em 15 dias), uma psicóloga, 10 motoristas, dois técnicos de higiene dental, duas auxiliares de consultório dentário e duas dentistas. Em relação ao regime de trabalho identifica-se que os profissionais de nível superior são contratados e os de nível técnico são concursados.

O município conta com um Laboratório terciário que atende a comunidade com os exames laboratoriais de rotina. Os exames especializados são marcados na central de marcação e realizados nos municípios de Ipatinga ou Timóteo.

A rede pública de saúde é composta por duas estruturas físicas, sendo a Unidade de Saúde Convencional e a unidade Maria de Lourdes Guimarães que comporta duas equipes do Programa Saúde da Família. As equipes de PSF atuam de 07 às 16 horas. No município existe uma Unidade Básica de Saúde convencional que fica aberta 24 horas. Tanto as equipes de PSF quanto a UBS estão localizadas no centro da cidade facilitando o acesso da comunidade aos serviços de saúde.

Também existem para atender a comunidade creche, igrejas, bares, escolas, clínicas de odontologia, clínica médica, sindicato dos trabalhadores, usina de reciclagem, CRAS, Conselho Tutelar, Polícia Militar. A energia é fornecida pela Cemig, a água é fornecida na maioria das residências pela COPASA, telefonia operadora Oi, correios, banco Bradesco, banco do Brasil que atende pelo correio e a Caixa Econômica que atende pela casa lotérica.

A unidade de saúde básica Maria de Lourdes Guimarães é composta por dois andares, sendo no primeiro andar que funciona a central de marcação de exames, Secretaria Municipal de Saúde e sala de reunião onde acontecem as palestras com a comunidade. No andar térreo funciona a sala de vacina, fisioterapia, nebulização, recepção, sala de curativo, sala da pesagem, salas de enfermagem, sala de ginecologia, consultório médico e consultório odontológico. A unidade de saúde convencional Sebastião Maciel da Silva apresenta boa estrutura física e conta com sala de reunião, que também funciona como sala de repouso, sala

para realizar eletrocardiograma, medicação, nebulização, curativo, recepção e banheiros. A farmácia municipal se localiza ao lado desta unidade.

De acordo com dados do SIAB (2015), 642 pacientes do município são portadores de HAS sendo um dos principais problemas em saúde que afeta os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Pingo D'água. Após reunião com a equipe de saúde (enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde) foram levantados diversos problemas, entre estes se destacam: parcela expressiva dos pacientes hipertensos apresenta alguma dificuldade quanto à adesão ao tratamento, a maioria dos pacientes é casal de idosos e muitos moram sozinhos, desafios quanto a orientação em saúde para seguir a prescrição corretamente e entender o tratamento.

Em relação à avaliação referente à adesão ao tratamento medicamentoso os pacientes, durante o atendimento médico, afirmaram que estão sem a medicação porque não têm na farmácia básica, ou porque a pressão está "boa", ou porque pensou que poderia parar, ou não tem controle do horário adequado, ou porque não tem conhecimento sobre a patologia e por isso não seguem o tratamento farmacológico adequado, etc. Considerando a importância do tema e o destaque da HAS em termos epidemiológicos observa-se a necessidade de utilizar estratégias que possam auxiliar os pacientes hipertensos na adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento desses pacientes é meta fundamental das ações da ESF.

2 JUSTIFICATIVA

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas na ESF refere-se à falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois dentre os hipertensos atendidos e em acompanhamento poucos têm níveis controlados de pressão arterial. A não adesão do paciente ao tratamento medicamentoso tem constituído grande desafio para os profissionais de saúde. É notório que a Hipertensão Arterial Sistêmica seja considerada grave problema de Saúde Pública, principalmente para a Atenção Básica. Sendo assim, seu diagnóstico e controle justificam-se pela redução de complicações como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. A principal estratégia para evitar as complicações da hipertensão consiste na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Apesar de ser um desafio, o êxito ou fracasso terapêutico depende exclusivamente da adesão.

A execução do plano de intervenção permitirá a identificação na população adscrita de questões importantes sobre o perfil dos hipertensos, ações desempenhadas no tratamento anti-hipertensivo e motivos da falta de adesão ao tratamento adequado. É importante ressaltar que a adesão ao tratamento não depende apenas do paciente, mas de trabalho conjunto dos profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da Família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção visando atuar na baixa adesão do tratamento anti-hipertensiva entre a população idosa na Estratégia de Saúde da Família Maria de Lourdes Guimarães no Município de Pingo D'Água.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar na literatura os fatores que interferem na baixa adesão medicamentosa anti-hipertensiva entre a população idosa;
- Fomentar ações multiprofissionais que reduzem a baixa adesão medicamentosa anti-hipertensiva entre a população idosa.

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para desenvolver este projeto foi baseada na observação diária da unidade, discussão com a equipe de saúde e abordagem em grupos operativos que possibilitou a identificação de problemas como: população local moradora de área de conflito social e comportamento de risco, alto índice de prevalência de doenças crônicas, analfabetismo, gestação em idade precoce, doenças sexualmente transmissíveis e baixo vínculo familiar. Entre os inúmeros problemas destacou-se como principal a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Foi também realizado pesquisa bibliográfica em artigos científicos, cartilhas, livro e textos indexados sobre o tema. As bases de dados informatizadas consultadas foram sites nacionais que trabalham com políticas de saúde, como o da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, assim como as bases de dados do Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para a consulta foram utilizados os seguintes descritores de assuntos: hipertensão, adesão e Atenção Primária de Saúde.

Após a identificação dos fatores que estão relacionados com a adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial, foi elaborado um plano de intervenção visando atuar na baixa adesão do tratamento anti-hipertensivo entre a população idosa na Estratégia de Saúde da Família Maria de Lourdes Guimarães no Município de Pingo D'Água.

Para a elaboração do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013) e do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Cenário da Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma condição clínica multifatorial que constitui um dos problemas de saúde de alta prevalência e baixas taxas de controle. Definida por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistólica \geq a 140 mmHg e pressão arterial diastólica \geq a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Frequentemente está associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram prevalência de HAS acima de 30%. A análise de 22 estudos mostrou prevalência entre 22% e 44%, (média de 33%), com mais de 50% entre indivíduos com idade entre 60 e 69 anos e 75% com idade superior a 70 anos. Em relação ao sexo, a prevalência foi de 36% entre os homens e de 30% entre as mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Lessa (2006), a estimativa para o ano 2000, era da existência de 18 milhões de hipertensos no Brasil, sendo que 50% eram desconhecedores da sua situação; 5 milhões (27,7%) hipertensos sem tratamento; 2 milhões (11,1%) tinham HA “secundária” e tratavam-se incorretamente e outros 2 milhões tratavam-se corretamente.

Calcula-se que são hipertensos pelo menos 65% dos idosos brasileiros sendo que a maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica com aumento da pressão de pulso que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. Para o tratamento do idoso hipertenso, além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de comorbidades e do uso de medicamentos. O objetivo do tratamento é a redução gradual da pressão arterial para níveis abaixo de 140/90 mmHg. Ressalta-se que entre pacientes muito idosos é difícil reduzir a pressão abaixo de 140 mmHg mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Nestes casos, após afastada causas secundárias, pode-se aceitar reduções menos acentuadas de pressão arterial sistólica (por exemplo 160 mmHg) (BRASIL, 2006).

Nota-se que pacientes hipertensos apresentam perda importante da qualidade de vida. Sendo assim, é essencial o diagnóstico precoce que não requer tecnologia sofisticada. A

doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde. Contudo somente diagnosticar não é suficiente, é fundamental propiciar tratamento adequado e contínuo além do paciente reconhecer a necessidade da adesão ao tratamento e controle da doença (BRASIL, 2011).

Em relação ao diagnóstico da HA ressalta-se que aposição sentada é a mais indicada à medida da pressão arterial (PA). Entretanto, quando o paciente é submetido à primeira avaliação a verificação da PA deve ser feita na posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes com disautonomias, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006). O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2014).

São necessários alguns cuidados antes de diagnosticar o paciente como hipertenso, tanto pelo risco de um exame falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Indivíduos com PA elevada e que não apresentam diagnóstico prévio devem ser orientados a repetir a aferição da pressão arterial em diferentes períodos. Um mapa diário contendo informações como data, hora e PA deve ser entregue ao paciente mediante orientações de retorno a unidade em dias e em horários recomendados. Portanto, poucas aferições casuais não são suficientes para reconhecer a pressão habitual do indivíduo. A repetição do procedimento em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial caracterizada pela simples presença do profissional de saúde no momento do atendimento e verificação da PA (BRASIL, 2006).

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para o tratamento da hipertensão arterial, sendo as abordagens baseada em mudanças de estilo de vida ou em terapêutica farmacológica. Para a obtenção de um controle adequado dos níveis pressóricos torna-se fundamental obter a adesão continuada dos pacientes em qualquer uma das abordagens recomendadas. Entre as dificuldades usuais do seguimento de tratamento médico como dificuldades financeiras, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, inadequação da relação médico-paciente, também se verificam fatores adicionais característicos da hipertensão como a usual inexistência de sintomas nos primeiros 15 a 20 anos e a cronicidade da doença (BUSNELLO *et al.* , 2001).

Uma das medidas recomendadas na prevenção primária da HAS refere-se a mudanças no estilo de vida como alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Tais mudanças devem ser recomendadas principalmente aos indivíduos com PA limítrofe. Sabe-se que as mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. A recomendação das mudanças no estilo de vida precisa respeitar as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos e ressaltar que os hábitos de vida saudável devem ser adotados desde a infância e adolescência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Por apresentar em seu curso evolução silenciosa e lenta o tratamento da hipertensão arterial requer mudanças dietéticas e comportamentais com rigoroso seguimento da prescrição medicamentosa. E, ainda, os desfechos prevenidos por esses cuidados são de longo prazo: lesão de órgãos-alvo e mortalidade (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Segundo Busnello *et al.* (2001), pacientes com diagnóstico recente de hipertensão, provavelmente por serem em sua maioria previamente hígidos e assintomáticos, não seguem adequadamente o acompanhamento médico. Nota-se que a frequência de abandono é maior em indivíduos de baixa escolaridade, sendo, assim, indicativa do perfil econômico. O benefício das intervenções para controle da hipertensão a número maior de paciente pode ser alcançado através de atendimento próximo a seus lares, constituição de grupos de apoio e busca ativa de faltantes.

5.2 Adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento significa atingir a meta em pelo menos 80% do total da utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos, observando-se horários, doses e tempo de tratamento. A responsabilidade pela não adesão ao tratamento é entendida como falta de conhecimento dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento típico de classes menos privilegiadas) ou como simples desobediência de “ordens médicas” (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos. Evidência científica encontrada em estudos isolados aponta controle de 20% a

40%, sendo crescente a taxa de abandono, considerado grau mais elevado de falta de adesão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A compreensão do processo de adesão está relacionado ao conhecimento dos fatores que influenciam a terapêutica do tratamento. Alguns pacientes apresentam dificuldades em relação ao uso prolongado de múltiplas drogas e a baixa efetividade do tratamento medicamentoso (o que acarreta troca contínua de medicamento). Da mesma forma, mudanças de estilo de vida, relacionadas principalmente a alimentação, constitui um desafio no tratamento não farmacológico, sendo uma dificuldade encontrada no tratamento da HAS (RIBEIRO *et al.*, 2011).

O sucesso terapêutico pode ser alcançado através da atuação da equipe frente aos problemas enfrentados pelos pacientes. A Sociedade Brasileira de Cardiologia elenca alguns fatores relacionados para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo: falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima, relacionamento inadequado com a equipe de saúde; tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço; custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis; e interferência na qualidade de vida após início do tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Embora o nível socioeconômico não seja índice independente de baixa adesão, alguns aspectos são significativos, como baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de moradia, longa distância do local de tratamento, alto custo do transporte, mudanças no estado civil, cultura e crenças sobre a doença e o tratamento e desestrutura familiar (GUSMÃO *et al.*, 2009).

A prática de atividades físicas e a dieta são formas importantes no manejo da hipertensão arterial. Pacientes hipertensos são mais sujeitos aos efeitos danosos do sedentarismo e da dieta não adequada e neste sentido, ressalta-se que estudos mostram a baixa adesão a essas práticas na população em geral. Vale observar que a adesão ao tratamento medicamentoso e o incremento de medidas farmacológicas não podem se restringir apenas a consultas médicas. A abordagem multiprofissional das equipes de saúde da família deve ser de forma integrada na avaliação de risco, adoção de medidas de promoção à saúde e atendimento aos portadores de hipertensão arterial. As estratégias utilizadas por essas equipes

refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários dos serviços e comunidade. Portanto, o planejamento e a execução de suas atividades são fundamentais para minimizar os gastos dos serviços, especialmente os de média e alta complexidade, e, principalmente, para melhorar a qualidade de vida das pessoas (GIROTTI, 2013).

Verifica-se proposto nos últimos 30 anos, que a falência em seguir as recomendações médicas é um fator limitante para o alcance dos objetivos terapêuticos acarretando frustração de médicos e pacientes, diagnósticos incorretos e tratamentos desnecessários. Seguir o tratamento contínuo é parte fundamental do tratamento anti-hipertensivo e reduz as complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão arterial. O planejamento de gestão dos recursos de saúde, sejam estes públicos ou privados, deve ser otimizado, pois muitas vezes abordagens consideradas custo-efetivas podem na verdade cobrar no futuro fatura mais altas não só em termos financeiros, mas também em número de vidas (MION *et al.*, 2006).

Gusmão *et al.* (2009) pontuam várias estratégias para conseguir aumentar a adesão ao tratamento. Para ele os profissionais da equipe devem:

a) convencer o paciente e seus familiares da existência do problema, hipertensão arterial sistólica isolada;b) esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios;c) detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível no tocante aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa);d) escolher o medicamento não apenas com base na sua potência anti-hipertensiva, mas também em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faça uso;e) explicar os efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias para reconhecer as mais comuns e seu tratamento (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão;f) estimular o paciente, ou seu cuidador, a fazer a medida domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento;g) planejar, com o paciente e seus familiares, o tratamento, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros);h) não esquecer que apesar de o tratamento ter de ser introduzido na rotina do paciente, este não pode ser muito complexo, para garantir a compreensão;i) a monitoração do tratamento, quer seja com consultas mais frequentes no início do tratamento quer seja com contato telefônico, também é boa estratégia (GUSMÃO *et al.*, 2009, p. 41-42.)

Motivar o paciente para não abandonar o tratamento talvez seja uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação aos indivíduos hipertensos. A grande maioria de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

Os pacientes que estão entre a faixa etária de 18 a 40 anos apresentam menor grau de adesão quando comparado com o de faixa etária maior. A despreocupação nos mais jovens quanto ao controle da doença pode estar relacionado ao fato da HAS ser uma doença silenciosa e, assim, só passam a dar importância ao tratamento adequado quando há agravamento dos sintomas aumentando riscos de complicações graves e mortalidade por Acidente Vascular Encefálico e Infarto Agudo do Miocárdio (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012).

Cabe aos serviços de saúde, durante as ações educativas dirigidas à população, como medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças, ressaltar a importância do uso correto da medicação anti-hipertensiva, explicando a importância de cada medicação, da regularidade dos horários de uso, da consequência da terapêutica irregular e dos efeitos de uma alimentação inadequada (KOHLMANN, 1999).

A educação para a saúde mostra resultados satisfatórios na proteção e promoção da saúde, tornando indivíduos mais saudáveis, reduzindo complicações cardiovasculares através de medidas preventivas e de hábitos saudáveis que melhoram a qualidade de vida da população e reduzem gastos. Por intermédio de programas de educação em saúde, os profissionais poderão promover a conscientização dos pacientes a respeito da doença, riscos e complicações visando a mudanças no estilo de vida e maior adesão à terapia anti-hipertensiva (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012).

Quando o médico avaliar o paciente deve sempre procurar pela baixa adesão e tentar reduzi-la procurando encontrar um esquema terapêutico para o estilo de vida do paciente. O método mais adequado para identificar o paciente com baixa adesão é através do questionamento da tomada da medicação sem a ênfase de um julgamento (OIGMAN, 2006).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem se demonstrado insuficiente em condições da vida diária. Estudos mostraram que a monoterapia não foi suficiente para reduzir os níveis pressóricos em cerca de 2/3 dos casos de hipertensão e, diante desse fato, novos medicamentos foram introduzidos na terapêutica, dificultando, assim, o seu seguimento. Diante da necessidade de controle mais rigoroso da PA, a tendência atual é a introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos em uma só apresentação como primeira medida medicamentosa, a fim de facilitar a adesão. Porém essa medida não se enquadra na atenção básica, pois o serviço público não dispõe de apresentações combinadas de anti-hipertensivos em um único comprimido (DOSSE, 2009).

A adoção das medidas preconizadas implica em mudanças de comportamento significativas para determinados indivíduos. Atualmente vive-se em uma sociedade que

propicia a adoção de estilos de vida não saudáveis, de hábitos alimentares incorretos (com predomínio de alimentos gordurosos, hipercalóricos que contribuem para o sobrepeso e dislipidemias), do consumo excessivo de álcool, além da elevada prevalência de indivíduos sedentários e tabagistas (SARQUIS, 1998).

A modificação de hábito alimentar, o abandono do álcool e do fumo bem como a adoção de um estilo de vida mais ativo podem constituir, para alguns indivíduos, um desafio quase que insuperável. Porém, considerando-se a importância do controle desses fatores não só para o controle da hipertensão arterial, mas também como uma contribuição para melhor qualidade de vida do indivíduo, fica clara a necessidade de se desenvolverem intervenções que auxiliem o paciente nessa modificação.

5.3 Abordagem multiprofissional

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 43) "a hipertensão arterial é um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional", por ser uma doença multifatorial, o apoio de vários profissionais oferece um tratamento mais efetivo. A equipe multiprofissional apresenta diferentes abordagens e ações que são voltadas para alcançar vários objetivos, essa ação diferenciada amplia o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular.

Fazem parte da equipe multiprofissional todos os profissionais de saúde que lidam com pacientes hipertensos, como: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. O acompanhamento dos pacientes hipertensos por esses profissionais é conduta desejável, sempre que possível (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A abordagem de diferentes estratégias utilizadas por uma equipe multidisciplinar, como as oficinas de educação em saúde e as orientações domiciliares, favorece a adesão ao tratamento. Além de ofertar informações necessárias à terapêutica medicamentosa, as práticas educativas devem estimular a auto percepção da doença e a responsabilidade do indivíduo com seu próprio cuidado a fim de estimular sua autonomia. Nesse sentido, pode-se inferir que orientações domiciliares e o trabalho educativo em grupo

mostraram-se importantes estratégias de educação em saúde, efetivas para aumentar adesão às orientações dietéticas voltadas aos portadores de HA (RIBEIRO, 2011).

Tratar e até mesmo prevenir a hipertensão arterial envolve, fundamentalmente, ensinamentos para que se processem mudanças do hábitos de vida, tanto no que se refere ao tratamento não-medicamentoso quanto ao tratamento com agentes anti-hipertensivos. A consecução dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, penosa, e por serem medidas educativas, necessitam continuidade em sua implementação. E considerando exatamente esse aspecto que o trabalho da equipe multiprofissional, ao invés do médico isoladamente, poderá dar aos pacientes e à comunidade uma gama muito maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas. (KOHLMANN JR , 1999, p. 264).

O autor acima mencionado ainda argumenta que não é necessária a existência de todos os profissionais nos grupos de atendimento multiprofissional a ser constituídos. O tipo de profissional de saúde é secundário, e o número de componentes tem pouca importância. O bom funcionamento do grupo depende da sua filosofia de trabalho: o objetivo é caminhar unido na mesma direção.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação e priorização dos problemas

A partir da coleta de dados referente ao município por meio da observação diária da unidade, discussões com a equipe de saúde da Unidade Saúde da Família (USF) e abordagem em grupos operativos foi possível identificar os seguintes problemas (Quadro 1):

Quadro 1 - Classificação dos principais problemas identificados na USF, segundo nível de importância e prioridade, Pingo D'água, 2015.

Principais Problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Prioridade
Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica	Alta	Parcial	1
Uso prolongado de múltiplas drogas	Alta	Parcial	3
Baixa adesão na prática de atividades físicas	Alta	Parcial	4
Alta prevalência de pacientes tabagistas	Alta	Parcial	6
Falta de acompanhamento e monitoramento do paciente	Alta	Total	2
Relacionamento inadequado com a equipe de saúde	Média	Total	7
Hábitos e práticas alimentares inadequados	Alta	Parcial	5
Deficiência na estrutura dos serviços ofertados	Média	Parcial	8

6.2 Plano de ação

De posse da determinação dos principais problemas foi elaborado o plano de intervenção visando atuar na baixa adesão do tratamento anti-hipertensiva. O plano de intervenção foi elaborado a partir das premissas de mudanças no estilo de vida, aumento dos níveis de conhecimento da população e dos profissionais acerca da doença e melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados (Quadro 2):

Quadro 2 - Plano de Ação visando atuar na baixa adesão do tratamento anti-hipertensiva na Unidade de Saúde da Família, Pingo D'água, 2015.

Problema	Atividades	Ações	Metas	Responsáveis
Falta de conhecimento do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica	Convencer o paciente e seus familiares sobre a existência HAS e esclarecer a necessidade de seu tratamento mostrando seus benefícios	Realizar palestras, distribuir panfletos e divulgar em meios de comunicação a importância do controle HAS	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes favorecendo a adesão aos tratamentos	Médico e Enfermeira
Uso prolongado de múltiplas drogas	Detalhar o regime de tratamento e separar os fármacos em caixas de acordo com o horário prescrito	Confeccionar caixas (podem ser usada caixas de leite) com imagem de sol e lua Capacitar os ACS para separar os medicamentos durante visita domiciliares	Melhorar a adesão ao tratamento, principalmente de pacientes que apresentam baixo nível de escolaridade	Médico, Enfermeira e ACS
Baixa adesão na prática de atividades físicas	Promover práticas de atividades físicas regulares	Incentivar os pacientes a participarem do grupo melhor idade Montar grupos de caminhada e alongamentos	Diminuir em o número de pacientes hipertensos sedentários	Profissional de Educação Física
Alta prevalência de pacientes tabagistas	Fornecer orientações para os pacientes sobre o tabagismo como fator de risco	Inserir gradativamente maior número de pacientes no Programa de Controle do Tabagismo Realizar eventos de sensibilização na comunidade	Sensibilizar os hipertensos tabagistas sobre a questão do tabagismo e motivá-los a pararem de fumar	Médico, Enfermeira e Psicóloga
Falta de acompanhamento e monitoramento do paciente	Implantar a linha guia de hipertensão Atualizar o programa do	Realizar a estratificação de risco de todos os pacientes Criar agenda de	Permitir o acompanhamento dos pacientes de acordo com a	Enfermeira, Médico e controle de avaliação

	HIPERDIA	atendimentos dos profissionais Cadastrar todos os pacientes hipertensos	classificação de risco	
Relacionamento inadequado com a equipe de saúde	Realizar capacitação contínua da equipe.	Realizar palestras para a equipe ESF abordando tema como acolhimento e humanização do atendimento	Ofertar serviços de qualidade a 100% dos pacientes cadastrados.	Enfermeira
Hábitos e práticas alimentares inadequados	Promover orientação nutricional constante ao grupo de hipertensos	Realizar palestras na ESF envolvendo os pacientes de risco Realizar atendimentos nutricionais individualizados voltados especialmente para a orientação de hábitos alimentares mais saudáveis	Reduzir o número de hipertensos obesos	Nutricionista
Deficiência na estrutura dos serviços ofertados	Realizar o planejamento de ações relacionadas ao atendimento dos hipertensos	Criação de arquivos rotativos Entrega programada dos medicamentos para hipertensos na farmácia básica Realização de exames previstos na linha guia	Acompanhar a dispensação e o uso correto dos anti-hipertensivos e monitorar o estado de saúde dos pacientes	Farmacêutico, Médico e Enfermeiro

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

6.3 Avaliação e monitoramento

As equipes de estratégia saúde da família produzem mensalmente percentual significativo de dados que são utilizados para alimentar sistema de informação. Apesar desse processo, a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes ainda não foram incorporadas como atividades sistemática e cotidiana. O monitoramento consiste em um esforço institucional realizado de forma permanente com vistas a verificar ao longo do tempo os programas e serviços de saúde ofertados. A avaliação é um processo contínuo e sistemático, possui caráter momentâneo, em geral de mais profundidade na análise realizada. A avaliação tem alcançado crescente relevância na medida em que as sociedades cobram melhor qualidade e baixo custo dos serviços (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O acompanhamento e avaliação do plano de intervenção que visa atuar na baixa adesão do tratamento anti-hipertensiva na Unidade de Saúde da Família serão verificados através de indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pela equipe da Unidade de Saúde da Família e profissionais do serviço de controle e avaliação.

Durante as reuniões mensais com os ACSs para fechamento da fatura, a enfermeira responsável fará avaliação do número de pacientes que receberam pelo menos uma visita domiciliar no mês vigente.

O protocolo de hipertensão ainda não foi implantado nas equipes de Estratégias Saúde da Família. O município não disponibiliza de recursos financeiros suficientes para realização dos exames periódicos dos pacientes e isso dificulta o acompanhamento adequado.

Atualmente não é realizando nenhum grupo operativo direcionado aos pacientes hipertensos e as equipes multiprofissionais trabalham de forma isolada. Outro fator agravante refere-se à falta de capacitação da equipe, sendo uma prioridade do plano de intervenção.

Os resultados do plano de ação deveram ser avaliados a cada 6 meses após a implantação das ações. Não será necessário criar novos formulários para registros das informações, pois todos os dados podem ser levantados através de registros já disponíveis no sistema de informação ou nos dados das equipes.

As ações da planilha de monitoramento e avaliação devem ser acompanhadas e analisadas pelas equipes de saúde do município admitindo sugestões e modificações necessárias no decorrer da execução do plano de ação. A figura abaixo apresenta a planilha de avaliação e monitoramento (Quadro3):

Quadro 3 - Planilha de avaliação e monitoramento do plano de ação que visa atuar na baixa adesão do tratamento anti-hipertensiva na Unidade de Saúde da Família, Pingo D'água, 2015.

Resultados esperados	Indicadores	Fontes de verificação	Situação atual
Cadastrar 100% dos hipertensos	Identificar e cadastrar os hipertensos da área de abrangência	SIAB 2015	Finalizado
Acompanhar 100% dos hipertensos	Hipertensos acompanhados	SIAB 2015	Em andamento
Diminuir risco de complicações	Hipertensos controlados	Registro de prontuário	Em andamento
Reduzir o número de hipertensos obesos	Hipertensos que fazem dieta	Ficha B-HA	Não iniciado
Diminuir em o número de pacientes hipertensos sedentários	Hipertensos que fazem exercícios físicos	Ficha B-HA	Em andamento
Melhorar a adesão	Hipertensos com dificuldades de usar polimedicamentos	Ficha B-HA	Em andamento
Reduzir o número de hipertensos tabagistas	Hipertensos tabagistas	Registro da equipe	Em andamento
Realizar 1 capacitação mensal	Capacitação da equipe de ESF	Registro da equipe	Em andamento
Realizar grupos operativos para todos os hipertensos cadastrados	Grupos operativos	SIAB 2015 Registro da equipe	Não iniciado
Acompanhar hipertensos de acordo com a classificação de risco	Hipertensos atendidos de acordo com protocolo	Registro da equipe	Não iniciado

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

7 CONCLUSÃO

O plano de intervenção proposto irá direcionar a equipe de profissionais no atendimento aos pacientes hipertensos visando melhorar o conhecimento desses indivíduos em relação à doença e proporcionar melhorias da qualidade de vida.

A Hipertensão Arterial Sistêmica continua sendo uma das principais causa de complicações cardiovasculares e a adesão ao tratamento ainda constitui desafio para os profissionais que atuam na atenção básica de saúde. Durante as consultas é comum encontrar pacientes com pouco conhecimento sobre a patologia, fato que contribui para o abandono do tratamento proposto. Neste sentido medidas educativas em saúde devem estar voltadas para o conhecimento da doença e torna-se importante o incentivo aos pacientes para mudanças no estilo de vida.

Como ponto de partida do projeto de intervenção, a análise da viabilidade é fundamental, por isso, entende-se que as inferências realizadas sobre a má adesão medicamentosa são exclusivamente e diretamente ligadas a educação permanente, sendo seu custo baixo, porém de grande impacto na saúde da população a curto, médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 58, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011.118 p. Disponível em: <https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/texto_4_-_protocolo_ghc_has.pdf>. Acesso em: 12 de ago. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BUSNELLO, R.G.*et al.* Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.

CUNHA, P. R. M. S. *et al.* Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. **Revista Pesquisa Saúde**, v. 13, n. 3, p. 11-16, 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, p. 118, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. 1. **Iniciação a Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, p. 142, 2013.

DIAS, A.M. *et al.* Adesão ao Regime terapêuticona doença crônica: Revisão de literatura. **Mellenium**, v. 40, p. 201-219, 2011. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

DOSSE, C. Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana Enfermagem**,v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 11 ago. 2015.

DEMONER, M.S., RAMOS, E. R.P., PEREIRA, E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 27-34, 2012.

GUSMÃO, J. L.*et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

GIROTTO E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. **Censo demográfico**, 2010 Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=315053&search=minas-gerais|pingo-d%60%C3%81gua|infograficos:-historico>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil -2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000019794312112014432701710507.pdf>>. Acesso 10 jul. 2015.

KOHLMANN JR, O.*et al.*III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial.**Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia**, v. 43, n. 4, p. 257-286, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de ago. 2015.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira Hipertensão** v.13, n.1, p.39-46, 2006.Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

LEITE, S. N, VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

MION J.R. *et al.* A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 55-58, 2006.

MIRANDA R.D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf>. Acesso: 10 jul. 2015.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.

RIBEIRO A. G. *et al.* Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n.1, p. 87-112, 2011.

SARQUIS, L.M.M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista Escola Enfermagem USP**. v.32, n.4, p. 335-53, 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/450.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2015

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, SIAB. Cadastro familiar - Minas Gerais, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.95, n.1, p. 1-51, 2010. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2015.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/17.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

SANTOS A. F. Aderência à terapêutica - O papel do especialista em medicina geral e familiar. **Revista Factores de Risco**, v.11, p. 8-10, 2008. Disponível em: <<http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/147.pdf>>. Acesso 8 jul. 2015.

ZAITUNE, M.P.A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.