

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

VITOR FERNANDO SILVA DE CAMPOS MENESES

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COM ESTÍMULO À
ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

Uberaba/MG
2015

VITOR FERNANDO SILVA DE CAMPOS MENESES

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COM ESTÍMULO À
ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

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

Orientador: Prof^a Ms. Raquel do Prado Xavier

Uberaba/MG
2015

VITOR FERNANDO SILVA DE CAMPOS MENESES

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA COM ESTÍMULO À
ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

Banca examinadora

Examinador 1: Aline Cristina Souza da Silva

Examinador 2:

Aprovado em Uberaba, em 01 de dezembro de 2015.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita, localizada no município de Cássia, Minas Gerais, abrange uma população de aproximadamente 3.500 pessoas. A sede da equipe, apesar de não possuir prédio próprio, possui uma estrutura capaz de atender satisfatoriamente todos os pacientes. Dentre esses, os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados correspondem a 22,8% da população adulta e tendo sido identificado que grande parte deles não aderiam ao tratamento conforme a prescrição médica culminando no surgimento de complicações consequentes da doença. Percebeu-se que a não adesão estava relacionada ao desconhecimento em relação ao agravo, bem como à dificuldade em compreender o que era proposto para o seu controle. Diante a importância da doença e a morbidade e mortalidade elevadas que o seu mau controle poderiam levar foi proposto um projeto de intervenção cujo objetivo é levar à população conhecimento sobre a doença e suas nuances por meio de palestras na unidade e em escolas da rede pública e de grupos de Hiperdia a fim de se obter um controle melhor da Hipertensão Arterial.

Palavras-chave: Hipertensão; Hiperdia; Saúde da Família; Educação em Saúde

ABSTRACT

The Santa Rita Family Health Strategy, located in Cássia, Minas Gerais, covers approximately 3.500 people. Despite not having its own building, the team headquarters has a structure able to answer all people satisfactorily. Among the population, the clients with high blood pressure (Hypertension) correspond to 22,8% of the adult population and it has been possible to identify that most patients did not adhere to the treatment following the medical prescriptions resulting in the arising of complications. It was noticed that the not adhesion was related to lack of knowledge regarding the harm, as well as the difficulty to understand the proposal for the illness control. Because of the importance of the disease and the consequences when it is not well treated - such as high morbidity and mortality, an intervention project was proposed in order to prompt knowledge about the disease and its traits through lectures which took place at the unit, at public schools and meetings of *Hiperdia* groups aiming a best control of hypertension.

Key-words: Hypertension, *Hiperdia*, Family Health, Health Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACC – Antagonistas dos Canais de Cálcio
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AVE – Acidente Vascular Encefálico
- BRA II – Bloqueadores do receptor AT1 da Angiotensina
- BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
- DAC – Doenças do Aparelho Circulatório
- DCV – Doenças Cardiovasculares
- DIC – Doença Isquêmica do Coração
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IECA – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PA – Pressão Arterial
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- SciELO – Scientific Electronic Library Online
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução.....	08
2. Justificativa.....	13
3. Objetivos.....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4. Metodologia.....	17
5. Desenvolvimento.....	19
6. Considerações finais.....	22
7. Referências.....	23

1) INTRODUÇÃO

O município de Cássia é localizado no sudoeste de Minas Gerais. A cidade está situada a 46,6km de Passos-MG, município referência que serve de suporte à sua população. De acordo com o censo do IBGE de 2014 a população estimada é de 17.991 habitantes. A comunidade do bairro Jardim Planalto e Santa Maria, onde é instalada a Equipe Saúde da Família (ESF) Santa Rita, conta com aproximadamente 3500 moradores. A religião católica é a que possui mais adeptos na cidade, entretanto a área abrangida pela equipe Santa Rita possui grande número de evangélicos.

A cidade conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família. Além das ESF's e um centro de saúde onde são realizados atendimentos especializados, inclusive o atendimento pré-natal. Conta também com a farmácia própria e um pronto atendimento filantrópico conveniado com a prefeitura de Cássia.

A ESF Santa Rita é composta por sete Agentes Comunitários de Saúde, uma Técnica de Enfermagem, uma Nutricionista, uma Enfermeira e um Médico. Além disso, somos contemplados com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sendo uma Psicóloga, uma Nutricionista, um Assistente Social e uma Fisioterapeuta. O prédio sede do ESF é uma casa alugada, apesar de uma estrutura física longe do ideal, conta-se com uma estrutura humana, a equipe, bastante empenhada.

A unidade funciona das 7:00 às 16:30 diariamente, com uma média de 24 atendimentos médicos diários por meio de consulta. Realizam-se atendimentos agendados e por demanda espontânea. Uma vez por semana, no período vespertino, são realizadas consultas agendadas para hipertensos e diabéticos frequentadores ou não do grupo de Hiperdia, um grupo operacional destinado a pacientes hipertensos e diabéticos onde são realizadas palestras sobre as doenças e estimulado o tratamento destes processos patológicos. Neste mesmo dia é realizada a classificação de risco desses pacientes, classificação esta proposta pelo Ministério da Saúde (MS) onde se aborda os fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV) determinando assim o risco de morbimortalidade do paciente portador da doença hipertensiva.

A portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002, criou o que se denomina de Programa ou Sistema Hiperdia. O objetivo maior é cadastrar no Ministério da Saúde portadores de hipertensão e diabetes e permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse cadastro permite estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, gerando informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos a estes pacientes. Além disso, tem por meta formar grupos interativos abordando assuntos de importância para o controle clínico, orientando, favorecendo e incentivando a mudança de hábitos de vida.

A ESF Santa Rita abrange uma população de 3457 pessoas cadastradas. O sexo feminino é predominante, sendo mínima a diferença. Sendo que a faixa etária predominante é a de adultos jovens entre 20 e 39 anos.

O território é dividido em sete microáreas, de acordo com o número de Agente Comunitário de Saúde (ACS) da unidade e desta forma ocorrem às realizações e atualizações dos cadastros. No quadro abaixo se encontra o levantamento de hipertensos e diabéticos da área de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de maio de 2015.

Quadro 1. Hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF Santa Rita, 2015

Grupo	Quantidade de pessoas
Hipertensos	615
Diabéticos	174

Fonte: Arquivo interno da ESF Santa Rita, 2015

Tomando por base o quadro acima, nota-se uma quantidade significativa de hipertensos em comparação ao número de diabéticos. O número descrito corresponde a 17,79% de toda a população adscrita, sendo, portanto, um número bastante razoável. Como se sabe, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é fator de risco para doença cardiovascular e cerebrovascular, importantes causas de morbidade.

No decorrer das discussões realizadas entre a equipe identificou-se como um problema importante a baixa adesão ao tratamento medicamento entre as pessoas com HAS. Tal identificação foi possível a partir da percepção, durante a triagem, do

descontrole dos níveis pressóricos a despeito das medicações prescritas. As agentes comunitárias notaram também a dificuldade das pessoas em compreender as complicações possíveis da doença e a posologia das medicações.

Vários fatores podem contribuir para uma baixa adesão ao tratamento. “De acordo com a OMS, o nível socioeconômico dos pacientes não está relacionado de maneira consistente à adesão a tratamentos. Entretanto, já foi descrito na literatura que a idade e o grau de escolaridade podem estar relacionados com o grau de adesão ao tratamento (LIMA *et al.*, 2010).

Barbosa (2006) em seu artigo aborda a aderência ao tratamento da população hipertensa no Brasil e no mundo. O autor mostra dados de um estudo transversal realizado na Grécia em que apenas 20% dos pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso obtiveram controle satisfatório dos níveis pressóricos. Além disso, verificou-se que em somente 15% dos pacientes houve adesão medicamentosa, sendo mais comuns em pacientes com 60 anos ou menos e com bom nível de escolaridade.

A baixa escolaridade além de dificultar a adesão ao tratamento está à perda do acompanhamento ambulatorial. Vários trabalhos vêm mostrando esta estreita relação da baixa escolaridade com o adequado tratamento da HAS e outras doenças crônicas. BUSNELO (2001) vislumbrava encontrar características sobre o abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência, informando que a baixa escolaridade, indicativa do perfil socioeconômico, também se relacionava à maior frequência de abandono e como consequência levava a uma má adesão ao tratamento. Também MOREIRA (2003), em seu estudo com pacientes classificados como não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo, identificou baixo nível de escolaridade, pois 86,3% dos participantes tinham cursado, no máximo, até o ensino fundamental incompleto (MOREIRA, 2003, apud ABREU, 2007).

Em uma revisão de literatura sobre a adesão terapêutica na doença crônica, DIAS e colaboradores (2011) inclui entre fatores determinantes ao tratamento a “abordagem comunicacional”. Segundo o autor esse tipo de abordagem incentiva os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com os doentes. Desta forma, notou-se que isso “permitiu que fosse enfatizada a educação dos doentes e o desenvolvimento de relações de igualdade entre estes e os profissionais de

saúde” (Machado, 2009 apud DIAS *et al.*, 2011, p. 208).

O aprimoramento da comunicação permite que os doentes sejam educados quanto ao seu problema de saúde. Neste mesmo trabalho acima citado, Dias e colaboradores (2011) informa as diferentes formas para este ensino ocorrer de maneira satisfatória, colocando que independentemente de qual seja, por transmissão oral, escrita, por meio de panfletos ou de filmes é obrigatória clareza e objetividade da linguagem. Este ensino deve ir de encontro ao nível cultural e cognitivo do cliente e ter uma fácil mnemônica. Conclui-se ainda que a educação é uma medida simples e vital destinada a melhorar a adesão ao tratamento.

A melhor educação do paciente por meio do vínculo com os profissionais permitiria melhora da compreensão da doença ao qual faz seguimento e permitiria um adequado tratamento. Segundo Vasconcelos e colaboradores (2005), 28,8% dos indivíduos não seguem a prescrição médica, devido a falta de conhecimento e instrução, e também dos custos.

Assim, estes estudos advertem para o fato de que as diferenças socioeconômicas têm um papel importante na vida das pessoas podendo determinar suas condições de saúde, visto que, aqueles com melhores condições socioeconômicas, têm maiores acesso a informações, melhor entendimento de suas condições clínicas e maior adesão ao tratamento. Dessa forma, é possível observar que em grupos com nível socioeconômico mais baixo, apresentam taxas mais altas de doenças cardiovasculares (CIPULLO *et al.*, 2010).

A área abrangida da ESF Santa Rita conta com um público de classe econômica baixa, que sofre com a violência local, analfabetismo e o baixo nível de escolaridade. Tendo em vista a disponibilidade de medicações HAS, percebeu-se, em concordância com os estudos citados, uma falta de conhecimento dos usuários a respeito dos seus reais problemas e dificuldades de encará-los como doenças. A partir disto, sobressaltaram-se alguns questionamentos, pois mesmo acreditando que parte desta dificuldade se relacionasse aos fatores socioeconômicos acima citados, ainda foi percebido baixa adesão ao tratamento medicamentoso bem como a não compreensão sobre seus problemas de saúde entre usuários com algum grau de escolaridade.

Segundo o senso comum a “pressão alta” mata. Então por que existe a

dificuldade em encarar a hipertensão arterial como uma doença grave? Haveria um déficit de cognição nestes pacientes? Ou um ambiente com baixa condição econômica e exposto a situações conflituosas constantes devido às drogas e violências teria alguma influência no desenvolvimento emocional e intelectual dos moradores a ponto de interferirem em suas compreensões sobre suas condições de saúde?

Tais questões levantadas, apesar de muito importantes e sérias, serão aqui discutidas apenas parcialmente. Pretende-se com esse trabalho discutir a dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso relaciona-se à baixa escolaridade e as falhas nas instruções sobre a doença por parte dos profissionais de saúde e do Ministério da Saúde e sendo assim, reiterar a importância da instrução pelos profissionais de saúde sobre o tratamento medicamentoso para a redução do risco de morte gerado pelo descontrole dos níveis pressóricos.

2) JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um relevante problema de saúde pública. Em 2009 acometia, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população brasileira urbana adulta e mais da metade dos idosos no mundo” (DORIA; LOTUFO apud DOSSE, *et al.* 2009). A Sociedade Brasileira de Hipertensão traz estimativa mais recentes mostrando que a doença atinge em torno de, no mínimo, 25 % da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. Devido sua grande prevalência e incidência, suas complicações são bastante comuns e, principalmente, responsáveis por grande número de mortes. Entre os grandes vilões da hipertensão arterial sistêmica, encontram-se as Doenças Cardiovasculares (DCV) que incluem principalmente o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

As DCV são as principais causas de óbitos em todo o mundo, independentemente do nível de renda dos países. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 17 milhões de mortes em 2011, o que representa três em cada dez óbitos. Desses, sete milhões de pessoas morreram por doenças isquêmicas do coração e 6,2 milhões, por acidente vascular encefálico.

No Brasil, as doenças cardiovasculares também representam as principais causas de óbitos. O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015, documento oficial do Ministério da Saúde, informa que as mortes por DCV correspondem a 29,4% de todos os óbitos declarados.

A partir da V diretrizes brasileira de hipertensão, nos é informado que as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre os seus principais fatores de risco. As diretrizes brasileiras de hipertensão são um guia prático, adequado à realidade do país, para prevenção, diagnóstico e tratamento da HAS e foram criadas para orientar condutas, informar estatísticas e abordar complicações da doença. Sua primeira edição foi no ano de 2002 e, desde o princípio, são elaboradas por profissionais de renome das sociedades brasileiras de cardiologia, hipertensão e nefrologia (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2007)

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo 54% por AVE e 47% por Doença Isquêmica do Coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade ocorreram em indivíduos com idades entre 45 e 69 anos, de acordo com a VI Diretrizes brasileira de HAS (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Não bastasse o número de mortes decorrente das complicações da HAS, grande também é a morbidade gerada por ela. Das doenças cardiovasculares o AVE é a principal causadora de morbidade. FALCÃO 2014 nos informa que essas sequelas implicam algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após a doença, com cerca de 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho e requerendo algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas.

Além dos óbitos, dos custos hospitalares e previdenciários, a perda de autonomia entre adultos e a sua conseqüente dependência é outra forma de expressão da gravidade das incapacidades resultantes do AVE (FALCÃO, 2014)

No que se refere à epidemiologia das DCV evidenciou importante papel da HAS como fator de risco. Os fatores de risco cardiovasculares podem ser divididos em dois grupos: aqueles não modificáveis como hereditariedade, sexo, idade e raça, e aqueles passíveis de modificações ou suavizados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por uso de medicamentos, sendo alguns deles hipertensão arterial, obesidade, estresse, tabagismo, dislipidemias, diabetes e sedentarismo (Bloch, Rodrigues e Fiszman, 2006).

Isso faz com que o tratamento da doença tenha relevante importância na saúde da população brasileira pois, além de haver medicações destinadas ao problema, o seu correto tratamento é capaz de reduzir significativamente sua morbimortalidade. Um paciente é considerado aderente quando toma 80-110% dos medicamentos, pois se verificou que acima de 80% a pressão arterial diastólica foi adequadamente controlada. (SACKETT apud BLOCH *et al.*, 2008).

Os hipertensos cadastrados no ESF Santa Rita pertencem a uma classe socioeconômica desfavorável e em sua maioria, tem um baixo nível de escolaridade. Dessa forma, encaixam-se no grupo daqueles passíveis de modificações, como relatam Bloch, Rodrigues e Fiszman (2006), e correspondem a 22,8% da população adulta adscrita, correspondendo a um total de 2689 de acordo com o Sistema de Informação

da Atenção Básica (SIAB) de maio de 2015. Portanto, a porcentagem da população de pacientes portadores de HAS da referida ESF em relação à população adulta cadastrada se enquadra na estatística que demonstra a prevalência da doença, apontada em trabalhos de diversos autores aqui citados.

Sendo esta doença um problema de saúde pública em função da morbimortalidade por ter sido um problema tido como prioritário pela equipe devido ao grande número de pacientes que buscam a unidade em função de seu descontrole queixando-se de suas consequências e ainda o elevado número de pacientes com história de IAM e AVE na área abrangida, percebeu-se a importância de uma intervenção, objetivando melhorar o controle da pressão arterial e evitar suas complicações.

3) OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do presente trabalho é propor um plano de intervenção junto à população para reduzir a baixa adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, através de educação em saúde, a partir da realização de grupo de Hipertensão para os doentes, e criação de um novo grupo para familiares e cuidadores, cujo nome sugerido pela equipe foi Hipertensão em Família.

3.2 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, determinou-se intensificar as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde para orientação e separação das medicações, bem com a vigilância quanto ao uso das mesmas. E abordar sobre a HAS em escolas públicas de educação infantil para crianças acima de 10 anos por meio de aulas e palestras, para levar-lhes conhecimento sobre a doença e sobre a melhor maneira de lidar com seus familiares hipertensos.

4) METODOLOGIA

Trabalha-se com a ideia de que a conscientização e a instrução sobre a doença são fatores fundamentais para a prevenção e o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Desta forma, para se executar este Plano de Ação foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, segundo Cecílio (1997) apud Campos *et al.* (2010), que implica em seguir os seguintes passos: À princípio deve-se levantar os problemas de uma área e selecionar aquele mais relevante, passo este chamado Definição do Problema. A partir daí, é feito o levantamento dos meios necessários para solucioná-lo. Em seguida é realizada a análise de viabilidade, verificando-se suas condições financeiras, humanas e físicas, assim como o local para realização do projeto, identificando-se ainda a melhor maneira para se intervir e transformar a ideia em ação.

O levantamento bibliográfico foi feito com os descritores: Hipertensão, Procedimentos de tratamento, Adesão a Tratamento, Atenção Primária à Saúde, Hiperdia nas fontes Científicas Eletrônicas Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

No presente caso, o problema selecionado foi a baixa adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. A partir disso, este projeto de intervenção buscou solucionar tal problema com a participação de toda a ESF e seus funcionários, objetivando conscientizar, instruir e prevenir as complicações da HAS em seus pacientes.

O projeto será realizado por meio de grupos Hiperdia e Hiperdia em Família na sede do ESF Santa Rita em Cássia – MG, na residência dos pacientes e em escolas da rede pública de ensino. O grupo de Hiperdia é realizado mensalmente e será intensificado com realização quinzenal. Já o grupo Hiperdia em Família será ainda instituído com uma periodicidade mensal. A coordenação dos grupos ficará a cargo da equipe de enfermagem que elencará diferentes profissionais como nutricionistas, psicólogos, médicos especialistas e outros que se fizerem necessários para ministrar palestras. Além desses grupos, executar-se-á o plano através da Educação em Saúde nas escolas públicas de ensino básico, com crianças acima de dez anos. O intuito de se abordar o tema da HAS, de forma generalizada e, fora da faixa etária de maior

prevalência da doença, é fazer com que filhos e/ou netos de pacientes hipertensos, crianças e adolescentes, possam estimular o tratamento adequado em seus familiares. Porém, considera-se importante ressaltar que esses não deverão se responsabilizar pela medicação.

Não foi encontrada entre os diversos pesquisados uma proposta de intervenção que abordasse o tema da HAS em escolas. A ideia da equipe partiu do fato de muitos pacientes analfabetos serem auxiliados por crianças e adolescentes. Além disso, estamos vivendo uma transição epidemiológica, em que as doenças crônico-degenerativas estão predominando sobre as doenças infecto-parasitárias e já respondem por 66,3% da carga de doenças no Brasil (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Dessa forma, acreditou-se que o primeiro contato com o tema seria útil para a formação de famílias mais esclarecidas e assim, através da informação, auxiliar na prevenção de futuros hipertensos.

Outra estratégia de ação será a instrução domiciliar sobre o manejo dos medicamentos a ser feita pelos ACS. Tendo em vista a não padronização dos laboratórios farmacêuticos para a distribuição de medicamentos, algumas drogas disponibilizadas apresentam cor da embalagem e do comprimido, bem como seu formato, de formas variáveis. Dessa forma, dificulta o uso dos medicamentos, pois gera confusão e desestimula seu uso. Para isso, propõe-se o auxílio das ACS para separarem as medicações de mesma classe em recipientes próprios, como já vinha sendo realizado esporadicamente e orientarem os usuários a buscar informações na unidade em casos de dúvidas.

5) DESENVOLVIMENTO

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, de Hipertensão e Nefrologia, na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010, define a HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de 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.

Segundo MS (2011) as DCV representam a primeira causa de morte no Brasil. Ishitani (2006) nos informa que apesar da tendência à redução dos riscos de mortalidade por DCV no País e no mundo, em função do avanço no conhecimento da doença e no incentivo a adoção de hábitos de vida saudáveis, algumas projeções indicam o aumento de sua importância relativa, em países de baixa e média renda. Ressalta ainda que a maior longevidade, associada ao possível aumento da incidência das DCV por efeito da própria idade contribuindo para aparecimento de fatores de risco como HAS, são consideradas as principais razões desse incremento. Dentre os fatores de risco estão o tabagismo e o sedentarismo, além de uma dieta rica em gorduras saturadas, com consequente aumento dos níveis de colesterol e hipertensão arterial (ISHITANI *et al.*, 2006).

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, conforme nos informa a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Além disso, a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da PA e estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

O objetivo primordial do tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade por doenças cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos com desfechos clinicamente relevantes e duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstraram redução de morbidade e

mortalidade com o uso de diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos relatam que ao final é feita associação de anti-hipertensivos (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Além das medicações anti-hipertensivas, o tratamento da HAS inclui controle do peso, abandono do tabagismo e etilismo, realização de atividade física, redução da ingestão de sódio, dentre outros. Apesar de o tratamento ser multifatorial, os pacientes atribuem ao medicamento à responsabilidade quase total do controle da doença e mesmo assim, depara-se frequentemente com a baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Existe uma variedade de fatores que colaboram para a baixa adesão ao tratamento da HAS, entre eles o custo das medicações, a posologia desfavorável, a dificuldade em compreender a prescrição, os efeitos adversos das medicações, a falta de conhecimento sobre a doença e a falta de comprometimento dos profissionais de saúde. No presente trabalho apoia-se no fato de que as medicações estão disponíveis gratuitamente por meio do programa “Aqui tem Farmácia Popular” e mesmo assim, os pacientes não aderiram ao tratamento medicamentoso.

De acordo com LIMA *et al.* (2010), o conhecimento das consequências imediatas e tardias da hipertensão e dos benefícios do tratamento na prevenção desses eventos é um fator importante para estimular a adesão ao tratamento, logo ratifica a influência dos níveis socioeconômicos no tratamento da doença. Como vem sendo discutido por outros autores já apontados neste trabalho, os quais defendem a ideia de que o baixo grau de escolaridade, o analfabetismo e a falta de informação podem sim estar relacionados ao grau de adesão e é o que vem sendo percebido na a ESF Santa Rita.

No Brasil, um dos primeiros estudos sobre os aspectos socioeconômicos e demográficos da população hipertensa evidenciou que a maior taxa de abandono ao tratamento da hipertensão ocorria entre homens, analfabetos e com idade entre vinte e quarenta anos (PIERIN *et al.*, 2011, p. 1396).

Neste trabalho, tomou-se por base o baixo nível de escolaridade e a falta de informação como fatores importantes na adesão ao tratamento medicamentoso ao nos

depararmos com o número de analfabetos presentes na área abrangida pela ESF Santa Rita. A partir disto, foi considerado como primordial a Educação em Saúde, além da orientação ao próprio paciente. Optou-se também pela orientação aos familiares que convivem com os doentes.

Para execução do Plano de ação, propôs-se dar continuidade à realização do grupo de Hiperdia, e também a criação de um grupo de Hiperdia em Família, onde serão abordados com os cuidadores e familiares o conceito de HAS e as complicações da mesma. Trabalhou-se com a hipótese de que a inserção da família no processo de saúde do paciente, além de fazê-lo sentir-se importante para seus entes estimulando o tratamento, permite uma melhor vigilância dos doentes.

Segundo Alves e Calixto (2012, p. 260) concluíram que por meio do programa Hiperdia obtém-se melhor controle das doenças uma vez que, segundo elas, a adesão ao tratamento e a participação de grupos de Hiperdia estão diretamente relacionadas. Acrescentam ainda que há maior confiança nas informações recebidas pelos pacientes oriundas dos profissionais e conseqüentemente a formação de vínculo entre eles. Também Carvalho *et al.* (2012, p. 1890) mostra que o referido programa “é uma excelente estratégia na prevenção de agravos cardiovasculares”.

Quanto ao apoio familiar, a literatura relata que indivíduos que compartilham experiências com seus cônjuges e deles recebem apoio podem ter uma melhor participação no seguimento do tratamento e aqueles indivíduos que não conviviam com o cônjuge e residiam com filhos ou outras pessoas tinham uma adesão menor ao regime terapêutico. Isso se atribuía à falta de estímulo que o hipertenso sofria para seguir o tratamento ou mesmo pela adequação que o mesmo precisava fazer para agradar aos outros familiares. Figueiredo e Asakura, (2010), Alves (2012) e Barreto (2014).

6) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não restam dúvidas de que a hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública e, como vários estudos aqui apontados comprovam que o controle adequado dos níveis tensóricos, reduz o índice de morbimortalidade da doença.

A ESF Santa Rita é apenas uma entre tantas outras equipes que sofre com a baixa adesão ao tratamento medicamentoso da doença e padece das consequências dos agravos desencadeados pelo seu mau tratamento.

Diante da gravidade do problema e sendo as DCV as principais causas de morte no Brasil, acredita-se que tal projeto de intervenção poderia ser aplicado em muitas Unidades Básicas de Saúde, além do que, a educação em saúde é uma das formas mais econômica e democrática de fazer os pacientes portadores da doença compreenderem que são responsáveis por sua própria saúde.

A realização da proposta apresentada com a realização de grupos educativos, como esperado, deve ampliar a adesão ao tratamento por parte dos doentes. Deve contribuir, ainda, para informação de familiares e cuidadores tornando o cuidado com o paciente hipertenso mais eficaz. Além disso, contribuirá de maneira incisiva na formação de adultos mais conscientes e responsáveis por sua saúde.

7) REFERÊNCIAS

ABREU, R.N.D.C. **Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem.** 92 f. Tese (Mestrado). Curso de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2007. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/rita_neuma_dantas_abreu.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015.

ALVES, B.A.; CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.** Campinas, v. 30, p.255-260. jul.-set. 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índice de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-38, jan. 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

BARRETO, M.S.; MARCON, S.S. Participação Familiar No Tratamento Da Hipertensão Arterial Na Perspectiva Do Doente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis - SC, v. 23, n. 1, p. 38-46, jan-mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2015.

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 134-143, abr.-jun. 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-2/10-epidemiologia-dos-fatores.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A.R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2979- 2984, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/30.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011. 114 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2015.

BUSNELLO, R. G. *et al.*. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Campinas, v.76, n.5, p.349- 351, 2001. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7605/7605001.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento estratégico situacional**. In: Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.: il.

CARVALHO, A. L. M. *et al.*. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, jul. 2012. Acesso em 20 nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028>

CENSO populacional 2010. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. 29 de novembro de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_poulac_ao_minas_gerais.pdf>. Acesso em 26 de abril de 2015.

CIPULLO, José Paulo, *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.94, n.4, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/aop00810.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

DIAS, A. M. *et al.* Adesão Ao Regime Terapêutico Na Doença Crônica: Revisão Da Literatura. **Millenium**, v.40, p. 201-219, 2011. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista latino-americana enfermagem [online]**, São Paulo, v. 17, n. 2, mar.-abr., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

FALCÃO, Ilka Veras *et al.* Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p.95-101, jan.- mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19985.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2015.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/11.pdf>>. Acesso em 04 out. 2015.

ISHITANI, L. H. *et al.* Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 684-691, mar. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/19.pdf>>. Acesso em 01 out. 2015.

LIMA, T.M.; SOLER, O.; MEINERS, M.M.M.A. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na unidade municipal de saúde Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 1, n. 2, p. 113-120, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v1n2/v1n2a14.pdf>>. Acesso em 04 out. 2015.

SOARES, G. P. *et al.*. Evolução da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 1979 a 2010. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150019.pdf>. Acesso em: 19 out. 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2007, v. 89, n. 3, p. e24-e79. ISSN 1678-4170. Acesso em 15 jun 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>>. Acesso em: 22 out. 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010. Acesso em 01 out. 2015. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

VASCONCELOS, Francisca de Fátima *et al.*. Utilização Medicamentosa por Idosos de uma Unidade Básica da Família de Fortaleza. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 178-183, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a10v18n2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

PIERIN, A. M. G. *et al.*. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidade básica de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. **Rev. Ciência Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: < http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3991/art_PIERIN_Control_e_fatores_associados_2011.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 01 out. 2015.