

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

TATIANE AMÉLIA FERREIRA

**ADESÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DE IDOSOS: UMA EXPERIÊNCIA DA ESF DONA
REGINA MEDEIROS**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS
2014

TATIANE AMÉLIA FERREIRA

**ADESÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DE IDOSOS: UMA EXPERIÊNCIA DA ESF DONA
REGINA MEDEIROS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Martins Barroso

**MONTES CLAROS – MINAS GERAIS
2014**

TATIANE AMÉLIA FERREIRA

**ADESÃO AO TRATAMENTO
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DE IDOSOS: UMA EXPERIÊNCIA DA ESF DONA
REGINA MEDEIROS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Sabrina Martins Barroso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Sabrina Martins Barroso (Orientadora)

Prof. Dr. Fábio Scorsolini-Comin (UFTM)

Aprovada em Belo Horizonte, 02 de julho de 2014.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo elaborar um plano interventivo para hipertensão arterial. Este problema constitui um grave problema de saúde pública em todo o mundo, que só no Brasil atinge cerca de 30 milhões de pessoas. A hipertensão arterial compreende não somente alterações dos níveis de pressão arterial, mas se caracteriza por uma condição sistêmica de alterações estruturais das artérias e do miocárdio, associadas à disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular. Um de seus agravantes é que aproximadamente 50% das pessoas acometidas não sabem que são hipertensas, por serem assintomáticas, mas isso prejudica o recebimento e adesão ao tratamento. O aspecto da adesão ao tratamento foi identificado como o principal desafio posto, tanto para as autoridades governamentais quanto para os profissionais de saúde, sendo fundamental para o controle e diminuição da morbimortalidade. Essa realidade se faz presente não somente nos grandes centros urbanos, mas também acomete as cidades do interior dos estados. Desta forma, por meio da realização de uma pesquisa no Sistema de Informação da Atenção Básica e de observações ativas nos domicílios da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família “Dona Regina Medeiros”, no município de Claro dos Poções – Minas Gerais, identificou-se um número alto de idosos hipertensos, bem como de pessoas na mesma faixa etária e diagnóstico que não fazem tratamento algum e, outras que não conseguem cumpri-lo como prescrito pelo médico. Constatou-se que as dificuldades podem perpassar variáveis distintas, desde biológicas, psicossociais, econômicas e culturais que envolvem seus portadores. Com base nesses achados, a equipe produziu um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial na referida Estratégia de Saúde da Família, focando principalmente, na mudança de hábitos de vida, tais como o sedentarismo; na adoção de uma alimentação mais saudável e, no maior acesso às informações sobre o tratamento e aos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: hipertensão arterial, adesão ao tratamento, plano de intervenção.

ABSTRACT

His present study aimed to develop a plan for intervening hypertension. This problem is a serious public health problem worldwide, only in Brazil affects about 30 million people. Hypertension includes not only changes in blood pressure, but is characterized by a systemic condition of structural changes of the arteries and infarction associated with endothelial dysfunction and constriction and remodeling of vascular smooth muscle. One of his aggravating is that approximately 50% of affected people do not know they are hypertensive, as they are asymptomatic, but this undermines the receipt and treatment adherence. The appearance of adherence to treatment was identified as the most difficult challenge for both government authorities and for health professionals, is critical to control and reduce morbidity and mortality. This reality is present not only in large urban centers, but also affects the inner cities of the states. Thus, by conducting a search in the Information System of Primary Care and observations of active households in the area covered by the Family Health Strategy "Dona Regina Medeiros" in the municipality of the Potions Claro - Minas Gerais, identified It is a high number of elderly hypertensive patients, as well as people in the same age group and diagnosis not do any treatment, and others who cannot stick it as prescribed by your doctor. It was found that the difficulties can pervade different variables, from biological, psychosocial, economic and cultural relations involving their patients. Based on these findings, the team produced a plan of intervention to improve adherence to hypertension treatment in that the Family Health Strategy, focusing mainly on changing lifestyle habits, such as physical inactivity; in adopting a healthier diet and the increased access to information about treatment and public health services.

Keywords: hypertension, treatment adherence, the intervention plan.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 JUSTIFICATIVA	08
3 OBJETIVOS	09
4 METODOLOGIA.....	10
5 REVISÃO DE LITERATURA	12
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	12
5.2 Tratamentos da HAS: Farmacológico e Não Farmacológico	15
5.3 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial.....	17
5.4 Estratégias de intervenção na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
8 REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, que só no Brasil, atinge cerca de 30 milhões de pessoas. Um de seus agravantes é que aproximadamente 50% das pessoas acometidas não sabem que são hipertensas, por serem muitas vezes assintomáticas (FERRAIS & BUGLIA, 2001).

Essa doença se caracteriza não apenas pela alteração dos níveis de pressão arterial, mas também pela condição sistêmica de alterações estruturais das artérias e do miocárdio, associadas à disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular (BRANDÃO *et al.*, 2003). Os assintomáticos e sintomáticos ficam expostos aos riscos de doenças cardiovasculares e renais, lesões ou não de órgãos-alvo (como olhos e cérebro) e distúrbios metabólicos ligados à obesidade, à diabetes e as dislipidemias.

A HAS está presente em mais de 60% dos idosos e pode estar associada a outras doenças, também prevalentes nessa faixa etária, como arteriosclerose e diabetes mellitus. Apresenta ainda, alto risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, sendo imprescindível a correta identificação do problema e definição de esquema terapêutico apropriado (BRANDÃO *et al.*, 2003). Apesar disso, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), do país. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados de entre os anos de 1995 a 2010 com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Em comparação com estudos realizados em 35 países da Europa e os Estados Unidos, o Brasil revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento da HAS (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura da Estratégia de Saúde da Família, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agencias governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

No Distrito de Vista Alegre, pertencente ao município de Claro dos Poções/MG, por meio do trabalho realizado na ESF “Dona Regina Medeiros” identificou-se que a falta de adesão do tratamento da HAS se constitui em uma das principais demandas de saúde da localidade, demonstrando assim que a questão não atinge apenas os grandes centros urbanos,

mas também o interior dos estados. Desse modo, definiu-se por este tema para estudo e elaboração de um plano interventivo. O município de Claro dos Poções ainda possui mais duas ESF: área urbana e outra mista (abrange o restante da zona rural e uma pequena parte da zona urbana). O município possui uma população residente de 7.775 pessoas, sendo 5.251 residentes na área urbana e 2.524 na área rural.

A referida ESF realiza atendimentos direcionados a consultas; exames parasitológicos e coleta de sangue (posteriormente encaminhados para laboratório conveniado no município ou para Montes Claros/MG); eletrocardiogramas (realizados no Distrito e aferidos os resultados via on-line pelo sistema de telemedicina desenvolvido pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG), e tratamento odontológico.

A ESF em estudo é composta por equipe uma multiprofissional: um médico generalista, uma enfermeira especialista em saúde da família (em curso), um técnico de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde (ACS). Além de possuir profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): um cirurgião-dentista generalista e um técnico em Saúde Bucal.

A população de Vista Alegre/MG cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) totaliza 2.434 pessoas, sendo 545 os hipertensos cadastrados, o que representa um número alto considerando o número de usuários do serviço no Distrito. Dessa quantidade, 458 são acompanhados, mas nem todos têm uma boa adesão e 87 não fazem tratamento. O atendimento a esses pacientes é feito da seguinte forma: por demanda espontânea ou por indicação dos profissionais que realizam visitas domiciliares, enfermeira e ACS. Após consultas e exames se diagnosticada a HAS, o médico expõe o tratamento adequado e específico (medicamentoso ou não). A equipe remanescente fica responsável por monitorar o estado de saúde do paciente, incentivando a adesão ao tratamento.

2 JUSTIFICATIVA

A prevalência da hipertensão no Brasil varia de 22,3% a 44,0% e aumenta com a idade. A hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes do que em mulheres brancas e é reconhecida como a principal causa da morbimortalidade na população, devido aos agravos crônicos não transmissíveis que pode causar (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

De acordo com Martinez (2004), no tratamento da HAS, seja ele medicamentoso ou não seja na associação dos dois tipos pode-se alcançar, mas esta depende da adesão ao tratamento. Alguns autores avaliam como pacientes aderentes ao tratamento farmacológico os que tomam 80% ou mais dos medicamentos prescritos.

No dia-a-dia de trabalho na ESF “Dona Regina Medeiros” visando verificar as principais demandas da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a equipe multiprofissional pôde constatar que a realidade local não é diferente da apresentada em outros pontos do Brasil. No pequeno vilarejo com pouco mais de dois mil habitantes, há 545 hipertensos cadastrados, onde 458 são acompanhados, mas nem todos têm uma boa adesão e 87 não fazem tratamento.

Diante disso percebeu-se a necessidade da realização de um trabalho de revisão de literatura para embasamento e posterior elaboração de estratégias de intervenção na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Identificou-se que tanto o distrito quanto o município sede não realizam tipo algum de trabalho referente à adesão. Assim, almejou-se a construção de um plano de ação com foco interventivo no idoso com HAS que envolvesse não apenas os profissionais e os pacientes, mas todo o Distrito, pensando a prevenção e a formação de parcerias.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral:

Elaborar um plano interventivo no enfrentamento da problemática da adesão ao tratamento da HAS em idosos, no contexto da Estratégia de Saúde da Família de Vista Alegre, Município de Claro dos Poções/MG.

3.2 Objetivos Específicos:

- Descrever o diagnóstico situacional da HAS em Vista Alegre;
- Identificar fatores associados a não adesão ao tratamento;
- Apontar estratégias para melhoria da adesão ao tratamento da HAS no Distrito.

4. METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido em três momentos: 1. Revisão de literatura científica; 2. Análise institucional da ESF “Dona Regina Medeiros”; 3. Desenvolvimento de uma proposta de intervenção.

Inicialmente, buscou-se construir um referencial teórico, por meio da pesquisa bibliográfica, cuja finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações (MARCONI & LAKATOS, 1992). A revisão de literatura foi feita por meio da Internet, em bancos de dados de artigos, utilizando como descritores: conceito, tratamento e adesão à hipertensão arterial. Foram considerados trabalhos publicados entre os anos de 1992 a 2003, escritos em português. Os principais pontos levantados encontram-se descritos no item “Revisão de Literatura”.

Para a segunda etapa do estudo, procedeu-se com a análise das condições e demandas da ESF pesquisada. Deste modo, realizou-se uma análise de dados junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), programa do Governo Federal “alimentado” pelos serviços públicos de saúde, e também com observações ativas nos domicílios e nas microáreas, na intenção de identificar as principais enfermidades da população do Distrito.

Sobre as visitas nos domicílios, ficou definido durante as reuniões da ESF que, em um período de 45 (quarenta e cinco) dias, todos os 545 hipertensos cadastrados no SIAB receberiam pelo menos uma visita da equipe. Essa tarefa esteve sob a responsabilidade dos agentes comunitários e, contou também, em muitos casos, com a presença da enfermeira. No momento das visitas questionou-se aos pacientes acerca do controle e adesão ao tratamento. Indagando sobre a importância do tratamento para a saúde; principais dificuldades encontradas para realiza-lo; se contavam ou não com a ajuda de cuidadores e parentes; com que frequência e a que horas tomam a medicação. Identificou-se que a maioria deles não realiza nenhuma atividade física e, em geral, não seguem a dieta proposta pelo médico.

Outros problemas foram observados como a questão do alcoolismo e do tabagismo. Dentre as questões observadas, elegeu-se aquela de maior capacidade de enfrentamento pela ESF e número de pessoas potencialmente afetadas pela intervenção. O elevado número de idosos hipertensos e a adesão deficitária ao tratamento foram os itens selecionados para proposta interventiva da equipe da ESF.

No terceiro momento, a partir das contribuições advindas da fundamentação teórica e da análise da situação real da ESF, foi elaborado um Plano de Intervenção, com o objetivo de

aumentar a adesão da população idosa hipertensa ao tratamento. Para elaboração do Plano foi consultada a literatura de Fernando Leme do Prado (2011), “Metodologia de Projetos”, a fim de preencher todos os itens esperados de uma produção científica com o caráter interventivo. A proposta interventiva e as formas de verificação de sua eficácia encontram-se apresentadas em item específico, intitulado “Proposta de Intervenção”.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela frequente elevação da pressão arterial associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos (BRASIL, 2011). Brandão *et al* (2003) esclarecem que a hipertensão arterial não deve ser vista somente como uma alteração dos níveis de pressão arterial, mas como uma doença caracterizada por uma condição sistêmica de alterações estruturais das artérias e do miocárdio, associadas a disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular.

Essa doença é reconhecida como um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo, pois constitui um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Os dados advertem que globalmente 62% das doenças cerebrovasculares e 49% das doenças isquêmicas do coração são atribuídas à pressão arterial sistólica abaixo de 140 e acima de 115mmHg (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2003).

No Brasil, as doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo do pulmão e insuficiência renal) foram responsáveis por 27,3% do total de mortes no ano de 2003, sendo que na faixa etária de 35 a 64 anos perfizeram 31,3% do total de óbitos, atingindo a população em plena fase produtiva. Entre essas doenças, o acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio são as mais prevalentes (55,4%). Na Região Centro-Oeste, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 17 194 (29%) das mortes ali ocorridas (BRASIL, 2003).

Por ser uma doença altamente prevalente em indivíduos adultos torna-se fator determinante para a elevada morbidade e mortalidade dessa população. A prevalência da HAS aumenta com a idade (cerca de 60 a 70% da população acima de 70 anos é hipertensa) e pode estar associada a outras doenças também prevalentes nos idosos, como arteriosclerose e diabetes mellitus, oferecendo alto risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares (PEDROSA E DRAGER, 2010).

Com frequência o aparecimento da HAS está relacionado à perda de elasticidade das artérias, secundário à substituição das fibras elásticas por colágeno, que ocorre com o processo de envelhecimento. Em mulheres, há um aumento significativo da HAS após os 50 anos, sendo esta mudança relacionada de forma direta com a menopausa. Com relação à raça,

além de ser mais comum em indivíduos afrodescendentes (especialmente em mulheres), a HAS é mais grave e apresenta maior taxa de mortalidade (PEDROSA E DRAGER, 2010).

A hipertensão Arterial primária é “[...] aquela que surge sem causa esclarecida, enquanto que a hipertensão secundária ocorre devido a uma doença identificável”, como insuficiência renal, apneia do sono, hipotireoidismo, dentre outras. “Na hipertensão primária ou essencial a hereditariedade, obesidade, ingestão de sal, consumo de álcool, vida sedentária, a idade, o sexo, a etnia, e o fumo são fatores que predisõem a hipertensão essencial” (PINHEIRO, 2011, p. 02).

A importância do controle da pressão arterial dos indivíduos é destacada por Lama, Berno e Takeiti (2003), quando afirmam que mesmo sendo um procedimento de fácil realização, a aferição da pressão arterial está sujeita a erros ligados ao paciente, ao equipamento, ao local, a técnica de medida e ao observador. Por isso enfatizam a relevância de se obter níveis pressóricos fidedignos e informam que os pontos para a medida apropriada da pressão arterial, devem ser quando o paciente estiver acomodado da melhor maneira possível (sentado ou no leito), em repouso e absolutamente calmo.

Devem ser evitados: estar com a bexiga cheia, realizar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes, ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos, e fumar 30 minutos antes. Pelo menos três medidas deverão ser feitas, com intervalo de um minuto entre elas. Reconhecendo ainda que, mesmo as mais leves emoções, essas podem apresentar apreciáveis modificações no nível de pressão arterial. O Quadro 1 apresenta as vantagens da mensuração domiciliar da pressão arterial em relação à realizada em consultório, segundo V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2006).

Quadro 1 - Vantagens da medida domiciliar da pressão arterial

Maior número de medidas.
Boa aceitabilidade pelo paciente.
Melhor adesão ao tratamento.
Boa reprodutibilidade.
Diminuição da influência do observador e eliminação da influência do ambiente de consultório.
Atenuação dos erros e preferências do observador.
Menor efeito placebo.
Melhor correlação com lesão de órgãos-alvo.
Possibilidade de armazenamento, impressão e transmissão dos dados a distância.
Redução do número de visitas.

Fonte: V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006.

As dificuldades de controle da Hipertensão Arterial, na concepção de estudiosos, estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta, a cronicidade, que fazem com que a Hipertensão Arterial não seja considerada doença ou algo que precise ser cuidado. Deste modo, os portadores não sentem necessidade de modificar os hábitos relacionados ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença (VIEIRA, 1993).

A Organização Mundial de Saúde estabelece que, pessoas com pressão arterial igual ou maior que 140X95 mmHg em intervalos de 4 a 6 horas são consideradas hipertensas. No caso do indivíduo idoso, a hipertensão arterial se apresenta de duas formas: 1) forma combinada com pressão sistólica ≥ 140 mmHg e diastólica > 90 mmHg; e 2) forma isolada com pressão sistólica ≥ 140 mmHg e diastólica ≥ 140 mmHg e diastólica < 90 mmHg (BARBOSA *et al*, 2006).

No idoso, a hipertensão sistólica isolada é a forma mais comum, sobretudo a partir dos 60 anos.

Estudos transversais demonstram que com o envelhecimento ocorre uma perda da elasticidade dos vasos arteriais de grosso calibre, tornando-os mais rígidos e, dessa maneira, determinando um aumento progressivo na pressão arterial sistólica e, assim, ocasionado um alargamento na pressão de pulso (diferença da leitura da pressão arterial sistólica e diastólica) (OIGMAN & NEVES, 1999, p. 449).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) orienta que a anamnese dos portadores de hipertensão seja desencadeada a partir de fatores como a história clínica e o exame físico. A história clínica subdivide-se em fatores de risco modificáveis e fatores de risco não modificáveis. Esse último inclui aspectos como sexo, idade, raça, hereditariedade, e o primeiro se refere a hábitos alimentares e estilo de vida. Sedentarismo, obesidade, dieta, tabagismo, alcoolismo, estresse e fatores socioeconômicos possibilitam um agravamento para a hipertensão arterial. Além destes, a situação familiar, condições de trabalho, grau de escolaridade e uso de drogas também pode contribuir para o aumento da pressão arterial e, mesmo interferir no tratamento.

O exame físico deve incluir a inspeção geral: peso, altura, pele, mucosa, fâcies, aspecto físico, pressão arterial (média de 2 a 3 determinações após 5 a 10 minutos de repouso deitado ou sentado e na posição ortostática). A avaliação clínico-laboratorial é registrada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) como de grande importância, pois ao final do processo o profissional de saúde terá uma ideia bastante precisa do estado clínico do paciente, do grau de comprometimento sistêmico, e assim poderá prescrever o tratamento adequado,

reconhecendo a fase que a hipertensão arterial se encontra, se é de caráter primário ou secundário. Nessa perspectiva têm-se duas formas de terapêutica, o tratamento farmacológico, com o uso de medicamentos para o controle da pressão, e o não farmacológico. Os mesmos podem ser usados isoladamente ou associados.

5.2 Tratamentos da HAS: Farmacológico e Não Farmacológico

O tratamento da hipertensão arterial visa à redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, além da possibilidade de melhoria na qualidade de vida do sujeito. A percepção acerca da necessidade do uso de medicamentos é influenciada por sintomas, expectativas, experiências e grau de conhecimento da doença. Preocupações sobre a medicação crescem em decorrência das orientações sobre efeitos colaterais, alterações no estilo de vida e preocupações abstratas sobre efeitos de longa duração e dependência (OSHIRO, 2007).

Os medicamentos anti-hipertensivos devem promover a redução dos níveis de pressão e também dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Pesquisas demonstram esses efeitos na associação de medicamentos anti-hipertensivos, tais como: diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II e, em pacientes mais idosos, com bloqueadores dos canais de cálcio (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

O medicamento anti-hipertensivo deve atender aos seguintes requisitos:

- Ser eficaz por via oral.
- Ser bem tolerado.
- Permitir a administração no menor número possível de tomadas diárias, com preferência para a posologia de dose única diária.
- Ser administrado inicialmente com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, permitindo o aumento gradual destas. Deve-se levar em conta que, quanto maior a dose, maior será a probabilidade de efeitos adversos.
- O paciente deve ser instruído sobre a doença hipertensiva, sendo-lhe esclarecida particularmente a necessidade do tratamento prolongado, a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, a planificação e os objetivos terapêuticos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p.36).

Por isso, a adesão à terapêutica exige a avaliação do processo. Não pode ser identificado apenas o diagnóstico e a prescrição medicamentosa ou não medicamentosa. Deve

expressar em termos da história temporal da dosagem, mensurando e quantificando a exposição do paciente à droga, avaliando assim, o poder terapêutico do medicamento (URQUHART, 1999). Ainda no tratamento farmacológico deve-se ressaltar problemas do custo, dos efeitos indesejáveis, dos esquemas terapêuticos complexos e da qualidade de vida (OSHIRO, 2007).

Sobre o tratamento não farmacológico, segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), independentemente do risco cardiovascular, para todos os pacientes hipertensos, se baseia em mudanças de hábitos alimentares e de estilo de vida, como:

- a) Redução do sobrepeso e manutenção do peso normal.
- b) Redução da ingestão de álcool, se esta for exagerada.
- c) Incremento da atividade física, por exemplo, com caminhadas de 30 a 60 minutos por dia.
- d) Restrição do consumo de sal.
- e) Eliminação definitiva do tabaco.
- f) Redução das gorduras saturadas na dieta.
- g) Incorporação de alimentos ricos em potássio e de frutas e outros vegetais.

O tratamento medicamentoso visa alcançar metas de pressão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006, p. 37).

O tratamento não farmacológico pode controlar a hipertensão leve e, quando associado com medicação, pode melhorar ou manter o controle da hipertensão moderada ou grave. Nesse tipo de é recomendado trabalhar com o paciente a mudança no estilo de vida. A adoção de novos hábitos pode levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa. Esse procedimento ainda abrange a redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial (FONTENELLE; ALVES; CÂMARA, 2012).

Essa estratégia de trabalho inclui ações educativas, que almeja atender o paciente individualmente, mas abrangendo a comunidade por longo tempo. Tal procedimento, além de requerer atuação de equipe multiprofissional, é lento e nem sempre é oferecido com continuidade. Medidas como redução de peso, diminuição de sódio na dieta e prática regular de atividade física são as que se destacam na melhoria do controle da pressão arterial, como comprovado por estudos (OSHIRO, 2007).

Para Lessa (2006), mesmo conhecendo a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias medidas preventivas, de controles disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o próprio hipertenso e para a sociedade.

No intuito de contribuir para mudanças nessa realidade são apontados por estudiosos fatores que interferem na adesão ao tratamento e intervenções para alterá-los, como exposto no próximo tópico.

5.3 Adesão ao tratamento da hipertensão arterial

De acordo com WHO (2003), a adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, descritos a seguir: 1. Fatores econômicos e sociais, 2. Equipe de atenção à saúde e fatores relacionados ao sistema de saúde, 3. Fatores relacionados às características da doença, 4. Fatores relacionados à Terapêutica, 5. Fatores relacionados ao paciente.

De acordo com Martinez (2004), a adesão ao tratamento farmacológico prescrito em patologias crônicas e assintomáticas, como no caso da hipertensão arterial, se faz indispensável no controle e a prevenção de complicações, bem como para a diminuição da mortalidade. Segundo Martinez (2004), a adesão ao tratamento de doenças de longa duração, como a hipertensão arterial, em países desenvolvidos é em média de 50%, mas em países em desenvolvimento as taxas são bem menores, devido à insuficiência dos recursos de saúde e à iniquidade no acesso à atenção à saúde.

A adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória no Brasil e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), do país. Um total de 14 estudos populacionais foi realizado de entre os anos de 1995 a 2010 com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg), essas pesquisas revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%)7,9 (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). Em comparação a estudos realizados em 35 países da Europa e os Estados Unidos, o Brasil revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura da ESF, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agencias governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

São vários os fatores apontados pela literatura que de alguma forma podem exercer influência na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Conforme Marcon *et al* (1995), a identificação dos fatores que interfere na adesão deve se iniciar pelo reconhecimento das características do paciente, como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. A falta de sintomas também interfere na adesão ao tratamento.

A. Fatores econômicos e sociais

Em populações de nível socioeconômico baixo, sobretudo dos países em desenvolvimento, alguns fatores foram identificados como de efeito significativo sobre a adesão: nível socioeconômico baixo, informações disponíveis sobre a doença, alto custo do medicamento, cultura, mudanças de ambiente, o tratamento analfabetismo, educação de baixo nível, desestruturação familiar, desemprego, falta de rede de apoio social efetivo, condições de vida instável, longa distância ao centro de tratamento, alto custo do transporte (MARCON *et al*, 1995).

Ressalta-se nesse tópico que a questão da medicação e a falta de informações sobre a doença poderiam ser aspectos já superados, uma vez que as instituições públicas de saúde devem ter farmácias e, estas com dispensação de medicações que atendam as exigências dos pacientes, sobretudo os de menor renda; e o acesso a informação devem ser ofertado de maneira clara e acessível, independente da procura pelo paciente, como norma já prevista aos profissionais de saúde e direito do paciente em tratamento (MARCON *et al*, 1995).

B. Equipe de atenção à saúde e fatores relacionados ao sistema de saúde

De acordo com Marcon *et al* (1995), poucas pesquisas enfocaram a equipe de atenção à saúde e os fatores relacionados ao sistema de saúde que têm efeito sobre a adesão. A boa relação entre os organismos provedores de saúde pode melhorar a adesão.

No entanto, fatores como: serviço de saúde precário, sistema deficiente de distribuição de medicamentos, falta de conhecimento e de treinamento dos trabalhadores de saúde quanto ao manejo das doenças crônicas, falta de incentivo e de retroalimentação sobre desempenho, fraca capacidade do sistema na educação dos pacientes e no acompanhamento, incapacidade para estabelecer apoio comunitário, falta de conhecimento sobre a adesão e ausência de intervenções efetivas para melhorá-la, levam a efeitos negativos na adesão.

Os estudos de DiMatteo *et al.* (1993, apud PIERIN, 2001) sobre a equipe de saúde também concluíram que a mesma pode influenciar na adesão ao tratamento, isto por meio da sensibilidade do médico ao atender o paciente; em relação ao gênero, informam que as mulheres dão maior atenção às questões psicossociais e ações preventivas; os médicos têm visão negativa da iniciativa e autonomia do paciente, mas os que atendem fora do consultório planejam mais o seguimento do paciente e usam telefone para consulta e informações. Outro fator apontado é a associação de maior tempo dispensado ao paciente e a maior satisfação no trabalho.

As pesquisas de Riccio (2000) identificaram que no tratamento envolvendo pacientes hipertensos de difícil controle, após consultas frequentes com enfermeiros e farmacêuticos alcançou-se melhor controle da pressão arterial. O trabalho conjunto dessa equipe visa atender a uma filosofia de tratamento voltada ao bem-estar dos pacientes e da comunidade. Os membros de um grupo multiprofissional, respeitando as especificidades de suas formações básicas, devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros e os objetivos do programa, ajustando-os à realidade local. Assim, no tratamento a participação dos diferentes profissionais pode ocorrer de forma individual ou em grupo.

C. Fatores relacionados às características da doença

Os fatores relacionados às condições da doença configuram uma demanda particular a ser enfrentada pelo paciente. Entre os fortes determinantes de adesão figuram a severidade dos sintomas, o nível de incapacidade (física, psicológica, social e profissional), o grau de progressão e gravidade da doença e a disponibilidade de tratamento efetivo. Seu impacto depende de como influenciam a percepção, pelo paciente, do risco da doença, da importância de seguir o tratamento e da prioridade da adesão (MARCON *et al.*, 1995).

D. Fatores relacionados à terapêutica

No que se refere à terapêutica ou tratamento dentre os fatores que afetam a adesão, a maioria se relaciona com a complexidade do esquema terapêutico, duração do tratamento, falha de tratamento anterior, frequência de mudanças do tratamento, presença de efeitos benéficos, efeitos colaterais e disponibilidade de apoio médico (MARCON *et al.*, 1995).

E. Fatores relacionados ao paciente

Tais fatores envolvem recursos financeiros, conhecimentos, atitudes, crenças, convicções, percepções e expectativas do paciente. Alguns dos fatores relacionados ao paciente que afetam a adesão são: esquecimento, estresse psicológico, ansiedade sobre possíveis efeitos adversos, baixa motivação, conhecimento e prática no manejo dos sintomas da doença, tratamento inadequado, ausência de efeito percebido do tratamento, convicções negativas sobre a eficácia do tratamento, equívoco sobre a doença e não aceitação desta, desconfiança do diagnóstico, falta de percepção do risco à saúde oferecido pela doença, engano nas instruções do tratamento, baixa expectativa do tratamento, sentimentos negativos ou desesperança, frustração com as instituições de saúde, medo de dependência, ansiedade devida à complexidade do esquema terapêutico e sentimento de estigmatização pela doença (MARCON *et al*, 1995).

Assim, depreende-se que o sucesso da adesão ao tratamento anti-hipertensivo requer um paciente mais ativo e informado. E ao mesmo tempo uma equipe de saúde que interage e analisa o acompanhamento do plano terapêutico proposto ao paciente, com a finalidade de identificar os aspectos de efeito negativo, que podem surgir, e partir disto provocar a alterações na terapêutica.

5.4 Estratégias de intervenção na adesão ao tratamento anti-hipertensivo

A apreciação dos fatores de maior expectativa de interferência no tratamento anti-hipertensivo pressupõe o desenvolvimento de estratégias na melhoria da adesão. Deste modo, a partir da literatura supracitada algumas intervenções são propostas, como organização adequada dos serviços de saúde: com profissionais e gestores capacitados e equipe completa para o trabalho, a fim de educação em saúde possa ser garantida. “O conhecimento e o comportamento em relação à doença requerem profissionais que assumam a função de educadores” (CATRIB *et al*, 2003).

Na compreensão de Reiners *et al* (2004, p. 41)

O conhecimento dos educadores sobre a HAS e outras condições crônicas de saúde deve ser o grande aliado dos mesmos no desafio de encorajar as pessoas, temporariamente sob seus cuidados, a assumirem a responsabilidade de proteção à própria saúde, por meio da participação efetiva na sua terapia anti-hipertensiva e na adoção de estilos de vida saúde.

Os autores Santos e Silva (2002) acrescentam que durante a consulta, independentemente da categoria profissional, é o momento favorável de se fazer a educação em saúde, visando capacitar o cliente para o autocuidado. Desta forma, expõem que as consultas de enfermagem, por exemplo, deve se constituir em mais que um espaço favorável à exposição de queixas pelo paciente, a identificação das necessidades de autocuidado e das capacidades do cliente para o exercício das atividades de autocuidado. Além disso, serve de momento educativo tanto o indivíduo, como para a família, sobre o autocuidado, contribuindo para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

A hipertensão arterial, uma doença multifatorial, envolve orientações voltadas a muitos objetivos, por isso demanda uma abordagem que não seja restrita à visão de um único tipo de profissional, mas que seja empreendida por uma equipe multiprofissional (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde) para melhor êxito do tratamento (JARDIM *et al.*, 1996).

Com o trabalho da equipe multiprofissional se faz possível implementar ações diferenciadas para o indivíduo hipertenso e para a comunidade e proporcionar motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

No tocante aos gestores se faz imprescindível que entendam as particularidades dos serviços de saúde onde atuam. O atendimento oferecido pela atenção primária deve abranger ações que tenham como finalidade a promoção da autonomia dos sujeitos nos seus hábitos de vida e modo de viver, provendo suporte e informações (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A inadequada estrutura física e o número insuficiente de funcionários têm sido a principal justificativa adotada pelos profissionais de saúde para não desempenharem suas atividades de acordo com os princípios ressaltados pelo Ministério Saúde, sendo uma questão de responsabilidade dos gestores, que por isso devem ser incluídos nos projetos de melhoria da adesão a qualquer tipo de tratamento (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Deve partir da equipe também provocar alterações no estilo de vida do paciente, como em relação ao sedentarismo, uso de álcool ou tabaco e dieta variada.

A mudança de hábito requer um engajamento muito grande por parte de todos os envolvidos, que no caso, são as pessoas em condição crônica de saúde, seus familiares e /ou pessoas de seu convívio mais próximo e os profissionais de saúde do processo de ensino-aprendizagem na promoção e manutenção da saúde (FRANCIONI & COELHO, 2004, P. 161).

O apoio social e familiar, bem como o comprometimento do cuidador são fatores importantes na adesão, sendo um público que também deve ser trabalhado pela equipe de saúde. Conforme Araújo *et al* (1998, p. 5) o apoio familiar pode-se dar, dentre outras formas, como na lembrança ao hipertenso do horário das medicações e de orientação sobre a dieta hipossódica, ou ainda na disposição de algum dos membros da família em acompanhar o hipertenso às consultas.

Deste modo o paciente precisa ser membro ativo no tratamento, não apenas aceitando-o, mas também de forma participativa reconhecer a importância de se alterar estilos de vida prejudiciais e propícios aos sintomas da hipertensão arterial.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As principais questões apresentadas pelo Sistema referente ao distrito de Vista Alegre foram: grandes quantidades de hipertensos e diabéticos. As observações *in loco* acrescentaram: quantidade significativa de alcoolistas, tabagistas, sobrepeso, sedentários, e portadores de dislipidemia. Nesse sentido, elegeu-se para intervenção a demanda de maior capacidade de enfrentamento pela ESF “Dona Regina Medeiros” e com número maior de pessoas acometidas pela enfermidade.

Esse serviço de saúde, situado na atenção básica, realiza consultas, exames (parasitológicos, coleta de sangue e eletrocardiograma) e tratamento odontológico. Contudo não desenvolve nenhum tipo de trabalho voltado à adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Considerando os impactos da falta de controle da HAS na saúde dos idosos e, a partir do reconhecimento dos recursos humanos e materiais da ESF, optou-se por montar um plano interventivo para a população de hipertensos do referido distrito.

Conforme dados coletados no SIAB, a comunidade de Vista Alegre possui em (ano), 545 hipertensos cadastrados. Desse total, 458 são acompanhados, 264 com hipertensão controlada e, 87 não fazem tratamento.

Tabela 1 apresenta descritores do problema: elevado índice de hipertensos:

Tabela 1 – Descritores do elevado índice de hipertensos

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados	545 (1)	SIAB
Hipertensos acompanhados	458	SIAB
Hipertensos controlados	264	Registro da equipe
Diabéticos cadastrados	80	SIAB
Diabéticos acompanhados	72	SIAB
Diabéticos controlados	40	Registro da equipe
Portadores de dislipidemia (1)	76	Registro da equipe
Sobrepeso (1)	160	Registro da equipe
Tabagistas	94	Registro da equipe
Sedentários (1)	205	Registro da equipe
Infartos agudos do miocárdio em 2010	03	SIAB
Internações por complicação do diabetes em 2010	04	SIAB

(1) Apenas entre os portadores de hipertensão e diabetes.

Fonte: Síntese do diagnóstico situacional dos usuários da ESF “Dona Regina Medeiros”, 2013.

A fundamentação teórica construída serviu de embasamento para elaboração do plano, de modo a nortear intervenções junto aos principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento.

Entre os “nós críticos” identificados acerca dos hipertensos da ESF “Dona Regina Medeiros” selecionou-se aqueles de maior probabilidade de ação direta e eficaz da equipe, considerando os recursos disponíveis. Vale ressaltar que esses entraves vêm ao encontro do que está posto pela literatura como principais dificuldades no controle da hipertensão arterial.

São eles:

- Baixo nível de informação da população e, assim da família do paciente, sobre a hipertensão arterial;
- Hábitos de vida inadequados;
- Organização inadequada dos serviços de saúde;
- Falta de apoio dos gestores para mudança de modelo assistencial;
- Falta de oportunidade para realização de atividades físicas.

Após selecionar os “nós críticos”, ou fatores de impacto negativo na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, a equipe definiu as operações a serem realizadas, bem como os recursos necessários, parceiros, metodologia de execução e avaliação e monitoramento.

Nessa etapa também foram selecionados os líderes e membros de cada grupo, conforme cada “nó crítico” a ser enfrentado. Essas escolhas se deram livremente, de acordo com a formação profissional e o interesse de cada técnico.

A Tabela 2 apresenta as propostas interventivas frente aos “nós críticos”:

Tabela 2 – Operações interventivas no aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo

“Nó crítico”	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de informação da população sobre a hipertensão Arterial	Você sabia? Informar os usuários e seus familiares sobre os determinantes da HAS e como controla-los quando já se possui.	Usuários e familiares mais informados sobre a HAS.	Veiculação de informações pela rádio local; rodas de discussão sobre o assunto e distribuição de panfletos educativos.	<ul style="list-style-type: none"> Econômicos: Recursos para panfletos e cartazes. Organizacionais: Ajuda da rádio local. Cognitivos: Profissionais habilitados para construir o material.
Hábitos de vida inadequados	É fácil viver bem a vida Fazer com que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis.	Tentar estimular o consumo de verduras, frutas e hortaliças.	Feira de frutas, verduras e hortaliças com preços mais baixos.	<ul style="list-style-type: none"> Econômicos: Subsidiar parte da produção. Organizacionais: Para organizar a feira. Cognitivos: Informação sobre o tema. Políticos: Espaço para realização do evento e stands. Econômicos: Subsidiar parte da produção. Organizacionais: Para organizar a feira. Cognitivos: Informação sobre o tema. Políticos: Espaço para realização do evento e stands.
Organização inadequada dos serviços de saúde	Atendimento integral Organizar o processo de trabalho e estrutura do serviço de forma a atingir integralmente o usuário.	Ter 65% dos pacientes de HAS com a doença controlada no prazo de 01 ano.	Colocar em prática os grupos operativos, oferecer mais consultas especializadas para avaliação de risco, acompanhar de perto cada usuário com a HAS, fornecimento de toda a medicação de controle prescrita.	<ul style="list-style-type: none"> Econômicos: Aumento da oferta de consultas especializadas e medicamentos. Organizacionais: Organização de referência e contrareferência. Cognitivos: Profissionais capacitados para atendimento integral. Políticos: Articulação do setor de saúde e adesão dos profissionais.
Falta de apoio dos gestores para mudança de modelo assistencial	Vamos juntos Conscientizar os gestores sobre o novo modelo de atenção à saúde	Toda a equipe unida para mudar a concepção dos gestores sobre o modelo de atenção à saúde.	Fortalecer a atenção primária de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivos: Profissionais capacitados a respeito do novo modelo de atenção à saúde Políticos: Articulação entre a equipe de saúde
Falta de oportunidade para a realização de atividades físicas	Curtindo a vida com saúde Oferecer oportunidade de realizar atividades físicas	Oferecer atividade física diária para os usuários, sob a orientação profissional e a custo zero.	Caminhada e aeróbica orientada.	<ul style="list-style-type: none"> Econômicos: Recursos para aquisição de material para exercícios aeróbicos. Organizacionais: Educador físico Cognitivos: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Políticos: Liberação de um espaço para a aeróbica.

Fonte: Projeto de Intervenção Aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, 2013.

A Tabela 3 apresenta a identificação dos recursos críticos:

Tabela 3 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos”

Operação/projeto	Recursos críticos
Você sabia?	<ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: recursos para panfletos e cartazes. • Organizacionais: ajuda da rádio local.
É fácil viver bem a vida	<ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: Subsidiar parte da produção. • Políticos: Espaço para a realização do evento e stands.
Atendimento integral	<ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: Aumento da oferta de consultas especializadas e medicamentos. • Organizacionais: Organização de referência e contrareferência. • Cognitivos: profissionais capacitados para atendimento integral. • Políticos: articulação do setor de saúde e adesão dos profissionais
Vamos juntos	<ul style="list-style-type: none"> • Políticos: articulação entre a equipe de saúde.
Curtindo a vida com saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: recursos para aquisição de material para exercícios aeróbicos. • Políticos: liberação de um espaço para a aeróbica.

Fonte: Projeto de Intervenção Aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, 2013.

A Tabela 4 analisa a viabilidade do plano:

Tabela 4 – Propostas de ação para a motivação dos atores

Operação/projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Você sabia?	<ul style="list-style-type: none"> Econômicos: recursos para panfletos e cartazes. Organizacionais: ajuda da rádio local. 	- Prefeitura municipal	Indiferente	Apresentar projeto
		- Ex- prefeito	Contrário	
É fácil viver bem a vida	<ul style="list-style-type: none"> Econômicos: Subsidiar parte da produção. Políticos: Espaço para a realização do evento e stands. 	- Prefeitura municipal	Indiferente	Apresentar projeto
Atendimento integral	<ul style="list-style-type: none"> Econômicos: Aumento da oferta de consultas especializadas e medicamentos. Organizacionais: Organização de referência e contrareferência. Cognitivos: profissionais capacitados para atendimento integral. Políticos: articulação do setor de saúde e adesão dos profissionais 	- Prefeitura municipal	Indiferente	Apresentar projeto
		- Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	
		- Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	
		- Secretário de saúde	Favorável	
Vamos juntos	<ul style="list-style-type: none"> Políticos: articulação entre a equipe de saúde. 	- Profissionais de saúde	Favorável	Apresentar projeto
Curtindo a vida com saúde	<ul style="list-style-type: none"> Econômicos: recursos para aquisição de material para exercícios aeróbicos. Políticos: liberação de um espaço para a aeróbica. 	- Prefeitura municipal	Indiferente	Apresentar projeto

Fonte: Projeto de Intervenção Aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, 2013.

A Tabela 5 trata da elaboração do plano operativo:

Tabela 5 – Plano Operativo

Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Você sabia?	Usuários e familiares mais informados sobre a HAS.	Veiculação de informações pela rádio local; rodas de discussão sobre o assunto e distribuição de panfletos educativos.	Apresentar o projeto	Luciana e Tatiane	Iniciar as atividades em 03 meses e término em 12 meses
É fácil viver bem a vida	Tentar estimular o consumo de verduras, frutas e hortaliças.	Feira de frutas, verduras e hortaliças com preços mais baixos.	Apresentar o projeto	Adriano	Apresentar o projeto em 03 meses e iniciar as atividades em 06 meses
Atendimento integral	Ter 65% dos pacientes de HAS com a doença controlada no prazo de 01 ano.	Colocar em prática os grupos operativos, oferecer mais consultas especializadas para avaliação de risco, acompanhar de perto cada usuário com a HAS, fornecimento de toda a medicação de controle prescrita.	Apresentar o projeto	Luciana e Tatiane	Iniciar as atividades em 03 meses
Vamos juntos	Toda a equipe unida para mudar a concepção dos gestores sobre o modelo de atenção à saúde.	Fortalecer a atenção primária de saúde.	Apresentar o projeto	Jailton	Iniciar as atividades em 02 meses e término em 06 meses
Curtindo a vida com saúde	Oferecer atividade física diária para os usuários, sob a orientação profissional e a custo zero.	Caminhada e aeróbica orientada.	Apresentar o projeto	Angélica, Fabíola, Hiany e Lília	Iniciar as atividades em 03 meses e término em 12 meses

Fonte: Projeto de Intervenção Aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, 2013.

A Tabela 6 apresenta a gestão do plano:

Tabela 6 – Planilha para acompanhamento de projetos

Operação: “Você sabia?” - Coordenadora: Luciana					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Veiculação de informações pela rádio local	Luciana e Tatiane	03 meses	Atrasado	Falta definição do horário da programação	02 meses
2. Rodas de discussão sobre o assunto	Luciana e Tatiane	03 meses	Os grupos de discussão estão sendo realizados		
3. Distribuição de panfletos educativos			Os panfletos estão sendo distribuídos		
Operação: “É fácil viver bem a vida” - Coordenadora: Tatiane					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Feira de frutas, verduras e hortaliças com preços mais baixos	Adriano	03 meses	Atrasado	Definido o espaço para realizar o evento, mas falta disponibilidade dos stands	01 mês
Operação: “Atendimento Integral” - Coordenadora: Tatiane					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Colocar em prática os grupos operativos	Luciana e Tatiane	03 meses	As reuniões com os grupos operativos estão sendo realizados		
2. Oferecer mais consultas especializadas para avaliação de risco	Luciana e Tatiane	03 meses	Projeção da demanda e estimativa de custos foram realizadas		
3. Acompanhar de perto cada usuário com HAS	Luciana e Tatiane	03 meses	O levantamento dos usuários já foi realizado		
4. Fornecimento de toda medicação de controle prescrita	Luciana e Tatiane	03 meses	Projeção de demanda e estimativa de custo realizadas		
Operação: “Vamos juntos” - Coordenadora: Tatiane					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Fortalecer a Atenção primária de Saúde	Jailton	02 meses	Em atividade		
Operação: “Curtindo a vida com saúde” - Coordenadora: Luciana					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1. Caminhada e aeróbica	Angélica, Fabíola, Hiany e Lília	01 mês	Atrasado	Falta aquisição dos materiais para exercícios aeróbicos e contratação do Educador Físico	03 meses

Fonte: Projeto de Intervenção Aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, 2013.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu elaborar um plano de intervenção para o distrito de Vista Alegre/MG. Permitiu atualizar os conhecimentos dos profissionais, identificando, por exemplo, os principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, e a propor estratégias sobre os mesmos.

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial exige dos profissionais de saúde, gestores, cuidadores, família e do próprio hipertenso, o emprego de estratégias de intervenção, onde cada em sua área de conhecimento tem um objetivo comum aos outros, qual seja o de garantir o tratamento adequado ao paciente hipertenso.

Os fatores de risco ao tratamento podem manter relação com as características do paciente, como condição socioeconômica, informações sobre a doença, apoio familiar, entre outros. A terapêutica prescrita pelo médico e as condições de tratamento oferecidas pelo sistema de saúde completam os entraves. Nesse sentido, verificou-se que o exercício profissional nas Estratégias de Saúde da Família pode contribuir é muito para alterar a realidade de tantos infartos do miocárdio, mortes súbita, e outras complicações advindas da hipertensão arterial. Isso pode acontecer partindo de dentro do próprio sistema, na organização da equipe e na conscientização dos gestores sobre a importância da adesão ao tratamento, e de outro modo, com o paciente, oferecendo-lhe uma educação em saúde, para mudanças de hábitos e adoção de um estilo de vida mais saudável.

Mas também ficou claro que o paciente precisa ser ativo, ou seja, informar-se, entender e participar do tratamento, buscando a sua reabilitação ou controle da doença. No distrito pesquisado, tendo em vista o número de hipertensos cadastrados no SIAB é grande o número dos que não fazem tratamento, e reduzido aqueles dos hipertensos controlados. Constitui-se assim, a implementação dos projetos, haja vista os entraves postos, um desafio aos profissionais da ESF “Dona Regina Medeiros”.

Vale ressaltar que os fatores identificados como de maior influência no insucesso da adesão vêm ao encontro dos previstos pela literatura e abordados no presente trabalho, sendo falta de informação do paciente e de sua família; dificuldades de acesso aos serviços públicos e hábitos de vida inadequados, dentre outros.

8 REFERÊNCIAS

ARAUJO, T. L. *et al.* **Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar.** Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v.8, n.2 (Supl A): p.1-6, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR6023: informação e documentação: referências e elaboração.** Rio de Janeiro, 2002.

BARBOSA, P. J. B.; LESSA, I; FILHO, N. A; ALMEIDA, F.A; MAGALHÃES, L; ARAÚJO, M.J. **Prevalência de hipertensão sistólica isolada em uma capital brasileira.** Rev. Bras. Hipertens. 2006.

BRANDÃO, A.P.; BRANDÃO, A.A.; MAGALHÃES, M.E.C.; POZZAN, R. **Epidemiologia da Hipertensão arterial.** Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo, v. 13, n. 1, p. 7-19, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gerência de saúde comunitária.** A Organização do Cuidado às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em Serviços de Atenção Primária à Saúde. (2011) Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:j9I2kMMBozcJ:unasus.ufcspa.edu/>. Acesso 20. Abr.2014.

CATRIB, A.M.F. et al. Saúde no espaço escolar. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Orgs.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

DI MATTEO, M.R. *et al.* **Physicians characteristics influence patients adherence top medical treatment: results from the Medical Outcomes Study.** Health Psychol., v. 12, n.2, p. 93-102, 1993.

FERRAIS, A.S; BUGLIA, S. **Condutas práticas no paciente hipertenso que será submetido ao teste ergométrico.** Rev. Bras. Hipertens, 2001; 8(3): 344-6.

FONTENELE, A. M. M; ALVES, S. M. A; CÂMARA, J. T. Avaliação do Programa Nacional de Atenção à Hipertensão e Diabetes: Satisfação dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Caxias-MA. Cad. Pesq. São Luís, v. 19, n. 1, jan-abr. 2012.

FRANCIONI, F.F; COELHO, M.S. **A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa.** Texto Contexto Enferm. 2004 Jan-Mar; 13 (1): 156-162.

LESSA, I. **Não adesão ao tratamento da hipertensão arterial – consequências econômicas para o indivíduo e para a sociedade.** In: Nobre, F; PIERIN, A.M.G; MION Jr., D. Adesão ao tratamento – o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001.

OIGMAN, Wille; NEVES, Mário F. Toros. **Hipertensão arterial no idoso.** Revista Bras de Med., [S.l.], v. 56. n. 1, p. 23-23, Dec. 1999.

JARDIM, P.C.B.V.; SOUZA, A.L.L.; MONEGO, E.T. **Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso.** Medicina, Ribeirão Preto, v. 29, p. 232-238, abr./set. 1996.

LAMAS, J.L.T.; BERNO, C.B.F; TAKEITI, G.M. **Erros cometidos por profissionais de enfermagem na medida rotineira da pressão arterial.** Rev Paul Enferm 2003;22(2):141-8.

LESSA, I. **Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial.** Rev. Bras. Hipertens, v. 13, n. 1, p. 39 -46. 2006.

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

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4. ed. p.43 e 44.

MARTÍNEZ, C.B. **Cumplimiento terapéutico e hipertensión arterial.** Atención Primaria, v. 34, n. 8, p. 397-398, 2004.

OSHIRO. Maria de Lourdes. **Fatores para não adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em campo grande, MS: um estudo de caso e controle.** Tese apresentada à Universidade de Brasília. Ciências da Saúde. Área: Farmacoepidemiologia. Brasília, 2007.

PRADO, Fernando Leme do. **Metodologia de Projetos.** Editora Loyola, 2011.

PEDROSA, Rodrigo Pinto; DRAGER, Luciano Ferreira. **Diagnostico e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica.** Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.htm. Postado em 30 de Mai. 2010. Acesso em 28 abr. 2014.

PIERIN, A.M.G. **Adesão ao tratamento:** conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. (Orgs.). Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001. p. 21-33.

PINHEIRO, Pedro. **Causas de hipertensão arterial (pressão alta)** Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2011/06/causas-pressao-alta-hipertensao.html#ixzz2AdectCmG>. Postado em 16. Jun.2011. Acesso em 26 de abril de 2014.

REINERS, A.A.O; COSTA, A.L.R.C; ARRUDA, A.L.G; COSTA, L.M.F.C; NOGUEIRA, M,S. **Hipertensão arterial**: perfil da saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Texto Contexto Enferm 2004 Jan-Mar; 13 (1); 41-49.

RICCIO, G. **Adesão do paciente hipertenso ao tratamento**: influência da frequência do atendimento. Fisiopatologia Experimental. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.

SANTOS, Z.M.S.A; SILVA, R.M. **Hipertensão arterial** – modelo de educação em saúde para autocuidado. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2002.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. V BRAZILIAN GUIDELINES FOR ARTERIAL HYPERTENSION 2006. Int. J. Atheroscler., v. 1, n. 2, p. 71-123, 2006.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. BRAZILIAN GUIDELINES FOR ARTERIAL HYPERTENSION. V.17, N. 1, janeiro/março de 2010.

VIEIRA, F.H. **Reatividade pressórica em testes de estresse mental em indivíduos normotensos com hiper-reatividade pressórica do teste ergométrico.** Dissertação (Mestrado em Ciências Fisiológicas) – Universidade Federal do Espírito Santo, 1993.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action.**[S.l.: s.n.], 2003. ISBN 92 4 154599 2.