

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

RAFAEL CHOY RODRIGUEZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DURVALINA RODRIGUES DA
COSTA- OURO VERDE- MINAS GERAIS: plano de intervenção para
aumentar a adesão ao tratamento**

TEÓFILO OTONI- MINAS GERAIS

2015

RAFAEL CHOY RODRIGUEZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DURVALINA RODRIGUES DA
COSTA- OURO VERDE- MINAS GERAIS: plano de intervenção para
aumentar a adesão ao tratamento**

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

Orientador: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

TEÓFILO OTONI- MINAS GERAIS

2015

RAFAEL CHOY RODRIGUEZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DURVALINA RODRIGUES DA
COSTA- OURO VERDE- MINAS GERAIS: plano de intervenção para
aumentar a adesão ao tratamento**

Banca examinadora

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete, UFMG - orientadora
Prof. Edison José Corrêa, UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em 25 de setembro de 2015.

Dedico,

Primeiramente, este trabalho ao Senhor Jesus Cristo, a essência de minha vida, assim como a minha família por haver contribuído com sua compreensão e amor à realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que constitui a fonte de minha vida e existência, pois sem seu conhecimento e sabedoria não estarei vencendo essa etapa de minha vida.

Agradeço a minha esposa e meus filhos que me apoiaram e incentivaram a não desistir quando pensei que não conseguiria.

A minha equipe do PSF Durvalina Rodrigues por seu apoio na concretização de meus objetivos.

A minha orientadora Matilde por sua dedicação, paciência, compreensão e contribuição à realização de meu trabalho.

A todas aquelas pessoas que de uma forma ou outra ajudaram a concretizar meu sonho.

“O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem prazer de penetrar no mundo dos idosos não é digno de sua juventude”...

Augusto Cury

RESUMO

A Hipertensão Arterial está relacionada à grande morbimortalidade cardiovascular, sendo responsável por elevados gastos e múltiplas internações devido ao descontrole e à falta de tratamento adequado. A respeito do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, a adesão ao tratamento é baixa. Na unidade de saúde Durvalina Rodrigues da Costa observa-se a dificuldade de manutenção de pressão arterial dos hipertensos em níveis adequados. O controle da hipertensão arterial está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto. Este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para uma melhor adesão dos pacientes em tratamento de hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família Durvalina Rodrigues. Para a elaboração do plano fez-se levantamento bibliográfico de artigos científicos da área médica e de enfermagem pertinentes à temática na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Hipertensão, Atenção Primária à Saúde e Adesão. O plano seguiu os passos preconizados pelo Planejamento Estratégico Situacional. O projeto inclui estratégias para alimentação saudável, realização de atividades físicas e preparação da família para o cuidado, além das ações para reorganizar o processo de trabalho da equipe e reestruturação dos sistemas de referência e acompanhamento multidisciplinar. Com a execução do projeto espera-se que a equipe esteja mais capacitada para o atendimento e que os hipertensos adscritos mudem seu comportamento, aumentando a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, objetivando diminuir as complicações cardiovasculares futuras.

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

ABSTRACT

The Hypertension is related to the high cardiovascular morbidity and mortality, accounting for high costs and multiple hospitalizations due to lack of control and lack of proper treatment. Regarding the drug and non-drug treatment, treatment adherence is low. The health unit Durvalina Rodrigues da Costa observed blood pressure maintenance difficulty of hypertensive at adequate levels. Controlling high blood pressure is directly related to the degree of patient compliance to the proposed therapeutic regimen. This study aimed to develop a contingency plan for better adherence of hypertension treatment in patients in the Family Health Unit Durvalina Rodrigues. For the preparation of the plan was made biographical scientific articles from medical and nursing relevant to the topic in the Virtual Health Library with the following keywords: Hypertension, Primary Health Care and Adherence. The plan followed the steps recommended by the Strategic Situational Planning. The project includes strategies for healthy eating, physical activities and family preparation for the care, in addition to actions to reorganize the team work process and restructuring of the reference systems and multidisciplinary approach. With the implementation of the project, it is expected that the team is better able to meet and that ascribed hypertensive change their behavior, increasing adherence to medication and non-medication, in order to reduce future cardiovascular complications.

Key words: Hypertension, Primary Health Care, Adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
AVE	Acidente vascular encefálico
DATASUS	Departamento da Informática do Sistema Único Saúde
DVC	Doença vascular cerebral
ESF	Equipe Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
PA	Pressão arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade- Federal Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Distribuição da população de Ouro Verde, Minas Gerais, por sexo e faixa etária da área urbana e rural (2010).	13
Quadro 3- Operações sobre o no critico baixo nível de informação sobre a HAS relacionado a dificuldade da adesão ao tratamento da hipertensão arterial	34
Quadro 4- Operações sobre o no critico Hábitos e Estilos de vida não saudável relacionado a dificuldade da adesão ao tratamento da hipertensão arterial	35
Quadro 5- Operações sobre o no critico Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do problema devido a falta de conhecimento sobre a doença relacionado a dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão	36
Quadro 6 - Operações sobre no critico falta de protocolo, relacionamento com a equipe e régimen terapêutico que dificulta a adesão ao tratamento da hipertensão arterial	37

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVO.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
6 PLANO DE AÇÃO.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERENCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

O município de Ouro Verde de Minas pertence à microrregião de Teófilo Otoni, limitando-se com os municípios de Ataleia e Frei Gaspar. Fica a 500 km de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Tem acesso pelas rodovias BR -381 BR- 116, BR- 418 e MG-412. O município tem uma população de 7102 habitantes (FONTE, ano).

A região Pastoril de Nanuque, onde se localiza o município, foi habitada primitivamente pelos índios machacalis, cujos remanescentes ainda eram encontrados na época do desbravamento, por volta de 1908. O início do povoamento deu-se em meados de 1930, quando diversos desbravadores, à procura das terras férteis para o cultivo do café, estabeleceram-se no local, iniciando-se a formação de um pequeno povoado, atual cidade, e o topônimo originou-se de uma grande produção cafeeira considerada como o “Ouro Verde” do município. Como já existiam em território nacional duas cidades com o nome de Ouro Verde, acrescentaram-lhe o nome do estado onde se localiza o município. Os moradores são chamados ouroverdenses (IBGE, 2014).

Quanto aos aspectos geográficos, o município de Ouro Verde de Minas tem uma área territorial de 175, 482km² e uma densidade populacional de 34,41 hab./km² e um total de 1750 famílias acompanhadas. A maioria de seus habitantes está concentrada na área urbana com 4085 habitantes e uma área rural com 3017 habitantes. Em relação á característica da população deste município prevalece a raça parda 4.648(65,4%) da população (IBGE, 2014).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, a renda média familiar é de R\$ 3 955,08 e o abastecimento de água tratada que recebe a população é de um 62,1% e 66,06% da população tem recolhimento de esgoto por rede publica. Ouro Verde de Minas desenvolve diferentes atividades econômicas como a pecuária, agrícola, atividades do setor educacional, e funcionários do serviço público. O município tem um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,615(IBGE, 2008).

No que diz respeito aos aspectos demográficos, no município de Ouro Verde de Minas de acordo com o Quadro 1 a população residente na área rural é menor do que na área urbana.

Quadro 1: Distribuição da população de Ouro Verde, Minas Gerais, por sexo e faixa etária da área urbana e rural (2010).

Faixa etária	Área urbana		Área rural		Total
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
Menor de 1 ano	43	30	38	32	143
1 - 4 anos	160	147	135	141	583
5 - 9 anos	137	234	128	104	703
10 - 14 anos	225	184	114	108	631
15 - 19 anos	202	197	131	94	624
20 - 29 anos	457	346	245	256	1304
30 - 39 anos	230	212	194	191	827
40 - 49 anos	198	225	168	136	727
50 - 59 anos	185	207	185	128	626
60 - 69 anos	154	181	108	91	504
70 - 79 anos	142	99	126	98	365
80 ou mais	62	53	24	42	181
Total	2195	1890	1596	1421	7102

Fonte: IBGE (2010)

O município de Ouro Verde de Minas tem uma taxa de crescimento anual de 0,37% segundo a os dados do censo de 2010, e uma densidade demográfica de 34, 41 hab. km². A taxa de escolarização no município é de 12,20% para o primeiro ciclo fundamental, 29,48% para o segundo ciclo fundamental e 47,22% para aqueles sem instrução. O índice de pobreza é 47,06%, sendo o limite inferior da incidência de pobreza de 36,82% e o limite superior de 57,3%. A incidência de pobreza subjetiva é de 48,4%. A população usuária da assistência à saúde no SUS publica é de 80%. Em relação à IDEB nacional, em 2011, foi de 4,7 para os

anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,9 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5 e 6,0 (IBGE, 2010).

Apresentando o Sistema Local de Saúde, Ouro Verde de Minas tem um Conselho Municipal de Saúde criado pela Lei nº 471 de 01/03/1994, sendo representado por entidades não governamentais (Associações, Sindicatos Rurais, Sindicatos Servidores Municipais, Casa Apoio, Entidades Religiosas, etc. e Representações Governamental). As reuniões acontecem mensalmente com os membros titulares e suplentes deste Conselho.

Com relação ao Programa de Saúde da Família, cerca de 80% da população do município dependem completamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Para prestar atendimento, o município conta com duas Unidades Básicas de Saúde, o PSF Durvalina Rodrigues da Costa que atende a zona urbana situada na rua 15 de janeiro e o PSF Carlos Martins de Freitas que oferece atendimento na zona rural. O município tem a maioria de seus habitantes concentrada na área urbana, isto é, 4085 habitantes e 3017 na área rural de um total geral de 7102 habitantes (IBGE, 2010).

As equipes de saúde da família são completas e ainda contam com a referência para Clínico Geral, Odontologia, Ginecologista, Psiquiatria, Pediatra e Fisioterapeuta e são encaminhados para a Unidade Mista de Saúde Fundador Carlos Martins. As demais consultas para especialidades são agendadas através do Consorcio Intermunicipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. O município de Ouro Verde de Minas tem um sistema de referencia e contra referencia. Ele dispõe dos seguintes serviços de Referência: Hospital Santa Rosália, Hospital Apromia (Ataléia), Centro Viva Vida, HIPERDIA. Consultas e exames Especializados são por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde em Teófilo Otoni, MG. Os diagnósticos de casos específicos como neoplasias e tumores dos pacientes são referenciados para Belo Horizonte.

A Secretaria Municipal de Saúde conta com 66 profissionais de saúde trabalhando para melhorar a saúde municipal; dentre esses profissionais que estão distribuídos em vários setores temos: cinco Enfermeiros, quatro Auxiliares Enfermagem, seis Técnicos Enfermagem, dois médicos do Programa Mais Médicos, um Médico Pediatra, um Médico Ginecologista e um Médico Psiquiatra; dois Dentistas, um Fisioterapeuta, oito Motoristas, um Farmacêutico da Farmácia Minas e um Farmacêutico Bioquímico, além de 15 Agentes Comunitários de

Saúde, dois vigias, um Fiscal Sanitário, cinco Agentes das Endemias. Têm-se, também, outros profissionais ligados à infraestrutura e demais serviços gerais.

O município de Ouro Verde de Minas, conforme afirmado anteriormente, tem uma população de 7102 habitantes e atende um total de 1750 famílias. De acordo com os dados obtidos pela prefeitura, o nível de alfabetização é de 71,49% (PREFEITURA MUNICIPAL, 2013). A taxa de emprego do município é 71,49%. Como principais postos de emprego têm professores, pedreiros, agricultores, e comerciantes.

Ouro Verde de Minas possui duas escolas: Escola Estadual Vereador Luzo Freitas de Araújo, Escola Estadual Eliza Leal e uma Creche Municipal denominada Nelson Ferreira Gouveia. São ofertados cursos profissionalizantes através do sindicato (PROJOVEM), FINON (cursos). Possui várias associações de moradores e a Pastoral da Criança.

Atualmente, o transporte público existente é o de alunos da zona rural e os ônibus do Vale do Mucuri, além de alguns táxis que fazem viagens para Teófilo Otoni, Belo Horizonte e São Paulo. Também conta com o Estádio poliesportivo Manoel de Bastos. Tem também duas praças, várias igrejas, e comércio atuante. Possui serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos.

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Durvalina Rodrigues da Costa tem relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas. A USF foi implantada em 2005 e há oito anos está instalada em uma sede própria e funciona de segunda a sexta de 7horas as 16horas. A equipe de saúde da família localizada no centro da cidade está composta por um médico generalista do programa Mais Médicos, um técnico de enfermagem, uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde, uma cirurgiã dentista, uma técnica de odontologia, uma recepcionista, um auxiliar de serviços gerais.

No município não existe hospital, clínicas privadas, mas conta com uma farmácia popular, FUNASA, e laboratórios onde são realizados os exames através de convênio com a prefeitura.

A USF está situada no centro da cidade, em prédio próprio inaugurado acerca de nove anos. A área é adequada e bom o espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, sala de repouso com duas camas, sala dos agentes

de saúde, DML, sala de expurgo e de esterilização. Além da estrutura física, também está muito bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014), o município tinha cadastrado no final de 2013, 878 portadores de hipertensão arterial, 106 portadores de diabetes, sete portadores de tuberculose. As principais causas de internação no ano de 2013 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do diabetes, hipertensão arterial sistêmica (AVC e Cardiopatia Isquêmica), e câncer.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e seu controle está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Refletindo junto com os demais profissionais da minha equipe de saúde, observei que o maior desafio enfrentado no controle da hipertensão arterial sistêmica no PSF Durvalina Rodrigues da Costa é a não adesão dos pacientes ao seu tratamento.

Na população adscrita encontra-se um alto índice de pacientes idosos hipertensos que não aderem ao tratamento da HAS. Diante disso, percebe-se a necessidade da realização de um trabalho que embase o desenho de uma intervenção que busque conscientizar os pacientes idosos hipertensos sobre a importância da adesão ao tratamento a eles prescrito, proporcionando-lhes, assim, uma melhor qualidade de vida.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para uma melhor adesão dos pacientes em tratamento de hipertensão arterial na Unidade de Saúde da Família Durvalina Rodrigues.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme descrito na seção 2 do módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para elaboração do plano fez-se revisão narrativa da literatura sobre o tema na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: Hipertensão, Atenção Primária à Saúde e adesão.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.

Hipertensão Arterial (HAS) é uma síndrome caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou 90mmHg de diastólica em pelo menos duas aferições subsequentes obtidas em dias diferentes ou em condições de repouso e ambiente tranquilo (SILVA; SOUZA, 2004).

Acima deste nível, é maior o risco de agressões a órgãos nobres como, coração, cérebro e rins, além de acelerar o processo de endurecimento das artérias e facilitar o depósito de gordura nos vasos (aterosclerose), (SOCERJ, 2007).

A HAS tem destaque na pessoa idosa por ser uma das doenças mais frequentes que os acomete. Com o envelhecimento, a pressão arterial sistólica sofre elevação contínua devido à diminuição da elasticidade dos grandes vasos, enquanto a pressão arterial diastólica aumenta para então se estabilizar ou reduzir gradualmente (FURTADO, 2008).

Para Borges *et al.* (2008), a hipertensão arterial é considerada como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo e um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças tais como a doença vascular cerebral, insuficiência renal, cardíaca, e doença arterial coronária. Já para Rosário *et al.* (2009), a hipertensão arterial é avaliada como uma doença que se associa a um conjunto de distúrbios metabólicos, dentre os quais se destacam a obesidade, o aumento da resistência à insulina e diabetes mellitus.

Outros autores como Nascente *et al.* (2010) afirmam que os resultados de estudos epidemiológicos mostram a associação positiva da hipertensão arterial com características sociodemográficas, ao consumo de álcool, à ingestão de sódio, ao estresse, ao diabetes, à obesidade e ao sedentarismo.

Borges *et al.* (2008) explicitam que a HAS tem natureza multicausal e os principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis como a história familiar e fatores modificáveis, como o estilo de vida, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, associando-se a obesidade e o aumento de peso.

O diagnóstico da hipertensão arterial depende da medida da pressão arterial, e não dos sintomas relatados pelo paciente. A hipertensão é habitualmente assintomática, até que a lesão de órgão - alvo seja iminente ou já tenha ocorrido (KATZUNG, 2003).

O objetivo da avaliação clínica do paciente portador de hipertensão, conforme a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), é basicamente a detecção da elevada persistência da pressão arterial, avaliar lesões de órgão alvo, identificar fatores de risco cardiovascular, e diagnosticar doenças associadas à etiologia da hipertensão arterial.

5.2 Fatores relacionados com a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial.

Segundo Lyra *et al.* (2006), a adesão terapêutica ao tratamento da HAS é oriunda, na maioria das vezes, da relação instituída entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de identidade entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. No que diz respeito a não adesão ao tratamento é um problema relativo a várias causas devido desde aspectos relacionados à idade (jovens ou idosos), sexo (homens ou mulheres), doença (crônica ou aguda), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), problemas relacionados aos medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos ou, ainda, horário de uso) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado).

Com base em observação de grupos de pacientes com doenças crônicas, consegue-se identificar alguns fatores que influenciam negativamente a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Perceber isso dá ao médico e demais membros da equipe de saúde a oportunidade de intervir precocemente e criar estratégias alternativas mais cedo.

5.2.1 Fatores relacionados ao paciente.

Yiannakopoulou *et al.* (2005) averiguaram que pessoas com menos de 60 anos, que moram em zona urbana e com melhor nível de escolaridade aderem melhor ao tratamento.

Resultados semelhantes foram encontrados por Ho *et al.* (2006), no que diz respeito à adesão ao tratamento medicamentoso pós-infarto do miocárdio. Esses autores verificaram que os

pacientes que menos aderiam ao tratamento tinham mais de 60 anos, não eram casados e tinham menor nível de escolaridade. Embora o nível socioeconômico não seja índice independente de baixa adesão, alguns aspectos são significativos, como baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de moradia, longa distância do local de tratamento, alto custo do transporte, alto custo da medicação, mudanças no estado civil, cultura e crenças sobre a doença e o tratamento e desestrutura familiar.

5.2.2 Fatores relacionados ao tratamento.

Os principais fatores que afetam a adesão estão relacionados às questões ligadas ao difícil tratamento terapêutico, para vários pacientes como o número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida (WHO, 2003).

Lyra *et al.* (2006) disseram que pesquisa realizada no Brasil apontou que cerca de 46% dos idosos portadores de hipertensão arterial cessaram o tratamento por conta própria. Nos Estados Unidos, 50% dos portadores de hipertensão arterial param o tratamento antes do primeiro ano de terapia.

A adesão ao tratamento é melhor em indivíduos que nunca mudaram de esquema terapêutico e que tomam apenas um comprimido por dia (YIANNAKOPOULOU *et al.*,2005).

Giroto *et al.* (2013) citam ainda como fatores causais para interromper o tratamento o achar que a pressão está controlada, os efeitos adversos dos medicamentos, falta de medicamentos na unidade de saúde, não querer tomar medicamentos pelo resto da vida, utilizá-los apenas quando se sentem mal. Esses autores concluíram também que o acesso aos serviços e profissionais da saúde contribui para melhoria da adesão.

Ainda Giroto *et al.* (2013) relatam que quando maior é a faixa etária, maior a adesão podendo apreender que as pessoas idosas, por ter maior prevalência de doenças crônicas-degenerativas, estão mais preocupadas com sua saúde, acompanham os serviços de saúde regularmente, com maior o controle da HAS.

Percebe-se, assim, a necessidade de educar/ conscientizar o paciente visando aumentar a adesão ao tratamento, o que implica em maior atenção dos profissionais da saúde para o uso dos medicamentos pelos pacientes e da relação a ser estabelecida entre ambos (DEWULF *et al.* 2006).

Sabe-se que um dos maiores problemas no tratamento da hipertensão arterial é a falta do alívio de sintomas relacionados ao tratamento medicamentoso, uma vez que o objetivo principal é, geralmente, a mudança na história natural da doença. Dessa maneira, a melhora na qualidade de vida seria o motivo principal na demanda da atenção médica no cumprimento do tratamento e no grau de satisfação obtido.

5.2.3 Fatores relacionados ao cuidador.

Diversos são os fatores relatados como possíveis causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No PSF Durvalina Rodrigues da Costa, durante a reunião da equipe de saúde, os ACS listaram dois motivos identificados pela observação direta. Hipertensos idosos sem cuidadores para administrar remédios e a falta de apoio familiar e suporte social no contexto do tratamento e acompanhamento destes pacientes.

O comprometimento do cuidador, principalmente em pacientes idosos com várias comorbidades, pode influenciar a adesão ao tratamento: quanto mais comprometido estiver o cuidador, mais fácil será o tratamento. Além disso, o cuidador tem de ser encorajado pela equipe de saúde a intervir no tratamento, assim, se sentir elemento ativo neste processo.

O membro cuidador geralmente está mais atento à situação de saúde do familiar acometido pela condição crônica e é referência para a aquisição de conhecimentos sobre a doença e formas de cuidado, com isso aprende a fazer curativos em lesões de pele que são agravados pela hipertensão, recebe e busca informação sobre a doença do familiar, e também age como multiplicador de suas experiências de cuidado a outras pessoas por meio de interações. Alguns autores destacam que o primeiro passo dos cuidadores é inteirar-se do tratamento da doença e, conseqüentemente, aprender a ter domínio do cuidar (DAMIÃO; ANGELO, 2001).

Um estudo realizado com cuidadores domiciliares de idosos também revelou a presença de homens como cuidadores de pessoas dependentes, pelo fato de suas esposas trabalharem e eles serem os únicos com disponibilidade para a realização dos cuidados (CATANI *et al.* 2006).

Muitos idosos não têm quem os ajude, sendo eles próprios a administrarem o esquema terapêutico prescrito, sem auxílio da família. Quando o idoso mora sozinho é função da equipe de saúde monitorar este idoso quanto à ingestão de medicamento. Ainda é importante a inclusão das famílias no programa de orientação do idoso para que a adesão ao tratamento seja apoiada em suas mentes e que, a qualquer momento, possam ser chamadas para ajudar resolver situações-problema (COSTA; NOGUEIRA, 2008).

5.2.4 Fatores relacionados ao Sistema de Saúde e Equipe Saúde.

Discorrendo acerca dos fatores relativos aos serviços de saúde encontram-se aqueles ligados à distribuição ineficaz de medicamentos, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, consultas rápidas e aumento no tempo de espera, unidades de saúde distantes do usuário, falta de conhecimento e de capacitação de funcionários administrativos e de saúde. Quanto à equipe, destaca-se a falta de conhecimentos e disponibilidade para orientar, educar pacientes e prover seguimento deles (WHO, 2003).

É necessário lembrar que o desinteresse no tratamento talvez seja uma das tarefas mais difíceis que a equipe de saúde enfrenta com o paciente (LOPES, 2010).

A literatura reconhece a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos, pois a mesma pode influenciar positivamente na adaptação da doença e a efetivação da farmacoterapia (LYRA *et al.* 2006).

Ações e estratégias devem ser realizadas para minimizar esse problema. Uma possibilidade é integrar o hipertenso à Estratégia Saúde da Família, para que seus profissionais planejem ações que atendam as características reais do usuário e do meio em que vive (JESUS *et al.* 2008).

5.3 Estratégias para Aumento da Adesão ao Tratamento.

Diante os problemas identificados como os causadores da má adesão e sua consequência negativa, e os desfechos de morbimortalidade cardiovascular, faz-se necessário traçar estratégias que aumentem a adesão ao tratamento.

A boa prática clínica pede que se trate o paciente e não a doença. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo das consequências da hipertensão arterial sistólica isolada (risco cardiovascular, graves limitações da doença cerebrovascular), além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar.

Criar essa visão completa do tratamento na relação médico paciente cabe a esse profissional, mas os melhores resultados em termos de adesão são conseguidos com equipes multiprofissionais. Isso ocorre, provavelmente, pela complexidade de mudanças necessárias na vida de quem possui doença crônica.

É fundamental que a pessoa hipertensa tenha conhecimento a respeito de seu processo saúde-doença para aumentar a sua adesão e, portanto, o controle da doença. O empoderamento leva à percepção e à conscientização do controle do próprio corpo, permitindo o autocuidado em saúde e estimula a mudança comportamental, melhorando a adesão ao tratamento. Dessa forma, as equipes de ESF devem utilizar estratégias de educação em saúde para que o portador de HAS tenha autonomia e se aproprie de meios para praticar autocuidado (RIBEIRO, 2012).

Lopes (2008) *apud* Cardoso (2011) define autocuidado como a realização de atividades, feitas pelos indivíduos, em seu próprio benefício com vistas à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. O autocuidado é influenciado pelas habilidades, limitações, valores e regras do indivíduo.

Como a HAS é assintomática na maioria das vezes, sem modificar a prática das atividades da vida diária, isso pode interferir na realização do autocuidado. Dessa forma, é indispensável que haja correta orientação sobre a hipertensão e as consequências se descontrolada (LOPES, 2008 *apud* CARDOSO, 2011).

Além disso, a participação da família é fundamental, pois as mudanças no estilo de vida muitas vezes exigem a transformação de costumes de toda a família. Ela é o suporte social para motivar as mudanças dos hábitos de vida (RIBEIRO, 2012).

As equipes multiprofissionais conseguem, pela heterogeneidade de profissionais e de seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Busca-se, assim, prover o paciente de ferramentas que o ajudem na análise de sua situação e organização de estratégias promovedoras de mudanças na sua dieta, programação de atividade física, organização de medicamento, dentre outras. Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina e, por isso, há necessidade de reforço contínuo, que será função das equipes multiprofissionais.

A ESF da UBS Durvalina Rodrigues da Costa conseguiu identificar algumas estratégias para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos acima de 60 anos, como:

- Conscientizar pacientes e seus familiares da existência do problema relacionado à hipertensão arterial;
- Implantar programas para impulsionar o tratamento, educar e conscientizar o paciente sobre a necessidade de tratamento, mostrando seus benefícios;
- Explicar detalhadamente ao paciente o tratamento terapêutico, com ênfase aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho) e correlacioná-lo com seus horários é uma alternativa;
- Escolher o medicamento não apenas com base na sua potência anti-hipertensiva, mas também em relação ao seu perfil, aos efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faça uso;
- Não se esquecer de que apesar do tratamento ter de ser introduzido na rotina do paciente, este não pode ser muito complexo, para garantir a compreensão;
- Explicação dos efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias como reconhecimento dos mais comuns e seu manejo (hipotensão, tosse, broncoespasmo, e Distúrbios urinários). Reconhecer preconceitos e medos do paciente e seus familiares sobre esses efeitos e garantir a adesão.
- Facilitar o acesso aos medicamentos;
- Busca de faltosos;
- Estimulo ao controle social;

- Identificar os fatores de risco cardiovascular;
- Fazer trabalho em grupo com participação de familiares de hipertensos;
- Monitoramento do tratamento através de visitas domiciliares e grupos operativos;
- Planejar com o paciente e seus familiares, o tratamento, estabelecendo metas, e resultados (grau de atividade física, níveis tensionais e peso);
- Instigar ao paciente, ou ao seu cuidador para mensuração domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir em seu tratamento;

Outra estratégia que parece melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, inclui a organização do processo de trabalho da equipe, bem com o treinamento permanente dos profissionais para oferecer atenção centrada no paciente.

A abordagem multidisciplinar com nutricionistas, farmacêuticos, educador físico, e consultas com enfermagem são importantes. Os enfermeiros podem atender aos hipertensos na consulta de enfermagem. Os farmacêuticos podem esclarecer sobre o uso adequado dos medicamentos, como o número de tomadas diárias, duração do tratamento e acondicionamentos das drogas. Os nutricionistas podem estimular o consumo de alimentos adequados disponíveis, informar sobre uso adequado do consumo de sal, propor e consumo de alimentos cardioprotetores. Já o educador físico pode orientar sobre as atividades físicas a realizar, como caminhadas orientadas (CARDOSO, 2011).

Os pesquisadores Glynn *et al.*(2010) afirmam que as equipes de saúde da Família devem organizar um sistema de acompanhamento regular e de revisão de seus pacientes hipertensos. Para eles, ainda, o automonitoramento dos níveis de PA e a utilização de lembretes podem ajudar no aumento da adesão por parte dos pacientes, porém exigem avaliação mais aprofundada.

Perez (2003), citado por Cardoso (2011), propõe ainda: a realização de processo educativo, que contemple o conhecimento das atitudes, pensamento, crenças e práticas da população hipertensa adscrita o incentivo a sua participação ativa no tratamento, ter adequada relação profissionais de saúde-paciente, realizando acolhimento, utilizando de escuta e fala acessíveis, buscar participação familiar e desenvolver os aspectos cognitivos e psicossociais da população assistida. Através dessas estratégias mencionadas por vários autores, pretende-

se que a equipe do PSF Durvalina desenvolva seus próprios projetos para resolver o problema da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

6 PLANO DE AÇÃO

Este plano de ação teve como norte os princípios do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Primeiro Passo: Identificação dos problemas.

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade Durvalina Rodrigues da Costa, ainda percebemos que existem alguns pontos que podem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais frequentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe da saúde destacou os seguintes:

1. Falta de capacitação dos funcionários para o acolhimento, principalmente na parte da recepção. O acolhimento é inadequado para o paciente, não se procura resolver suas dúvidas. Muitas das vezes é preciso que profissionais de outros setores que encontram pacientes pelos corredores os orientem ou que estes procurem pelas salas alguma pessoa que possam tirar suas dúvidas.
2. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial, principalmente, pelos pacientes idosos.
3. Alto índice de indivíduos com Diabetes Mellitus.
4. Elevado número de pacientes com Parasitoses.
5. Alto consumo de Psicofármacos.

Segundo Passo: Priorização dos problemas.

Os problemas identificados pela equipe de saúde foram avaliados segundo o grau de urgência (0 a 5), relevância (alta, meia e baixa) e a capacidade de enfrentamento (dentro, parcialmente ou fora da capacidade de enfrentamento), constituindo o primer passo do planejamento. A partir desses critérios, o problema: falta adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelos idosos hipertensos foi escolhido como o mais importante e de maior governabilidade para a ação.

- **Falta de capacitação para o acolhimento.**

Importância: Alta. Urgência: 6 Capacidade de enfrentamento: Parcial Prioridade: 5

- **Falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial pelos pacientes idosos.**

Importância: Alta; Urgência: 8; Capacidade de enfrentamento: Parcial; Seleção: 1

- **Alto índice de indivíduos com Diabetes Melitos**

Importância: Alta; Urgência: 7; Capacidade de enfrentamento: Parcial; Seleção: 2

- **Alto número de pacientes com Parasitoses.**

Importância: Alta; Urgência: 6; Capacidade de enfrentamento: Parcial; Seleção: 3

- **Elevado número de indivíduos que consomem Psicofarmacos**

Importância: Alta; Urgência: 6; Capacidade de enfrentamento: Parcial; Seleção: 4

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema escolhido para ser analisado é a **falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo**.

As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de que dentre 494 hipertensos cadastrados e acompanhados, 204 são idosos e desses 124 não tem escolaridade, 48 moram sozinhos, dificultando assim a adesão ao tratamento, pois isto traz como consequência dificuldade para memorizar os horários e lembrar os remédios.

Quadro 2 Distribuição da população com hipertensão arterial, de Ouro Verde, Minas Gerais, por microárea e por condições pessoais (ano???)

Micro área	Hipertensos idosos	Moram sozinhos	Paciente ou cuidador analfabeto	Não adesão ao tratamento	Não controlado
1	43	14	21	17	13
2	25	9	36	21	18
3	19	6	12	10	22
4	55	12	9	28	14
5	38	4	26	5	12
6	31	3	20	7	8
Total	211	48	94	88	87

Quarto Passo: Explicação do Problema

Causas da não adesão:

- 1- Dificuldade para o entendimento das orientações e prescrições por parte do paciente ou cuidador por:
 - Orientações e prescritos ruins
 - Baixo nível de escolaridade ou analfabetismo por parte do paciente ou cuidadores
 - Receitas e indicações com letra ilegível.
- 2- Dificuldade para o seguimento das orientações do tratamento por:
 - A falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (baixo recursos econômicos para a compra de medicamentos não disponíveis no centro de saúde).
 - Ausência de cuidador.
 - Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do problema devido à falta de conhecimento.

Consequências da não adesão.

- Aumento e descontrole dos níveis pressóricos.
- Aumento do risco cardiovascular e das complicações da HAS (Acidentes vasculares encefálicos e cardiopatia isquêmica).
- Eleva o número de pacientes internados e com incapacidade
- Aumenta os números de casos de óbitos.

Quinto Passo: Identificação dos nós críticos.

A equipe de saúde da família Durvalina Rodrigues da Costa selecionou como “nós críticos” as situações nas quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter um impacto importante sobre o problema escolhido. São eles:

- 1- Nível de informação (Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial).
- 2- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo.
- 3- Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento da hipertensão devido à falta de conhecimento.

4- Processo de trabalho da equipe de saúde (falta de protocolo, relacionamento com a equipe de saúde, e régimen terapêutico).

Após a identificação dos “nos críticos “relacionado com o problema da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes hipertensos, a equipe de saúde do PSF Durvalina Rodrigues construiu **quatro** operações que constituíram o projeto de intervenção:

- 1) Multiplicando o conhecimento.
- 2) Cuidar melhor.
- 3) Apoio familiar é fundamental.
- 4) Saber mais.

Em relação ao primer no critico, o baixo nível de informação da população sobre a HAS montou-se a operação intitulada **Multiplicando o Conhecimento**, com objetivo de aumentar o conhecimento dos hipertensos idosos sobre essa doença. Com esse projeto espera-se que os pacientes conheçam o risco do descontrole da hipertensão arterial e que essa doença é silenciosa, assim, mesmo sem ter sintomas, se descontrolada implica em complicações importantes, e espera-se que aumentem a participação nas reuniões dos grupos operativos. Para a primeira operação, são necessários recursos, como salas para reuniões, ajuda financeira para obtenção dessas salas, conhecimento e habilidade de comunicação, habilidades pedagógicas, além de buscar parcerias, como por exemplo: Prefeitura Municipal de Ouro Verde de Minas.

O no critico hábitos e estilo de vida não saudáveis foi abordado por meio da operação **Cuidar Melhor** para modificar os hábitos e estilo de vida na população idosa. Ela incluiu a realização de caminhadas com visa a combater o sedentarismo, que é um fator de risco para a HAS que piora o seu controle e espera-se que aqueles pacientes que não tenham contraindicação a realizar caminhadas após avaliação médica, pratiquem pelo menos três vezes por semana caminhadas de meia hora (mínimo recomenda pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Sociedade brasileira, 2010). Com esta operação objetivou-se estimular também a mudança dos hábitos alimentares, de forma que adquiram o habito de comer vegetais, legumes e hortaliças. Assim os pacientes faram hortal no quintal de suas casas.

Os recursos necessários para esse projeto são: conseguir a participação de profissional educador físico, obter recursos financeiros para seus honorários, organizar as caminhadas, ter

parceria intersetorial, mobilização dos pacientes, e conhecimento sobre o tema. Conseguir espaços para as hortas, buscar parceria intersetorial com ajuda de técnico agrícola, ajuda da prefeitura e recursos financeiros para a compra da semente.

A mudança de estilo de vida, com alimentação saudável e pratica de exercícios físicos será abordada pelos grupos operativos e a traveis de palestras na comunidade.

A operação **Apoio familiar é fundamental** foi elaborada para o nó critico família sem preparação para o cuidado e enfrentamento da hipertensão devido à falta de conhecimento, com o objetivo de aumentar o nível conhecimento dos familiares e cuidadores sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Com esse projeto espera-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos. Para essa operação se precisa de recursos necessários, disponibilização de materiais educativos, conhecimento sobre o tema, mobilização social, parceria e organização da agenda.

A última operação foi chamada **Saber mais** tendo finalidade melhorar o processo de trabalho da equipe, capacitando-a para os atendimentos dos hipertensos.

Um protocolo será montando, com base em protocolo existente da cidade de Diadema-SP (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAUDE, 2010). Serão necessários recursos organizacionais, para montar fluxos de atendimentos e encaminhamentos, recursos cognitivos, em relação ao conhecimento e a informações sobre o tema, apresentar o projeto para a secretaria de saúde (recurso político); e recursos financeiros, para aumentar a cota de exames para a estratificação de risco dos hipertensos.

Após a montagem das operações, discriminaram-se os recursos críticos, aqueles que são indispensáveis para a execução das operações e que não estão disponíveis, assim a equipe criou estratégias para viabiliza-los. Além desse passo se verificou a viabilidade do plano, identificando os atores que controlam os recursos críticos, analisando sua motivação e traçando estratégias para motiva-los. O outro passo do PES consistiu na elaboração de um plano operativo, elencando os responsáveis para o projeto e definindo os prazos.

Para que as ações aconteçam é preciso realizar o último passo do método PES, a gestão do plano, no momento tático operacional. Fazer uma boa gestão do plano facilitara seu evento.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico” Baixo nível de informação sobre a HAS relacionado à dificuldade da adesão ao tratamento da hipertensão no PSF Durvalina Rodrigues da Costa, em Ouro Verde de Minas, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação sobre a hipertensão arterial sistêmica
Projeto	Multiplicando o conhecimento
Operação	Aumentar o nível de conhecimento da população idosa sobre hipertensão arterial.
Resultados esperados	População idosa mais informada sobre hipertensão arterial.
Produtos esperados	Aumento da informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
Atores sociais/ responsabilidades	População idosa hipertensa, de risco, ACS, médico, e enfermagem.
Recursos necessários	Estrutural: Sala ou local para reuniões. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, habilidades pedagógicas. Financeiro: Materiais educativos (folhetos, revistas) e meios audiovisuais. Político: Conseguir espaço local e articulação intersetorial.
Recursos críticos	Políticos: parceria com a prefeitura para obter salas. Financeiros: Recursos para obter as salas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura Municipal e Secretaria de saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a equipe e estruturação das redes.
Responsáveis:	Equipe de saúde e secretaria de saúde
Cronograma / Prazo	Montar o projeto em dois meses. Início das atividades em três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Acompanhamento e avaliação do nível de informação alcançado pelos pacientes hipertensos sobre a hipertensão arterial, observado a traves de um melhor controle e adesão ao tratamento.

Quadro 4 - Operações sobre o “no crítico” Hábitos e Estilo de Vida não saudável relacionado à dificuldade da adesão ao tratamento da hipertensão arterial PSF Durvalina Rodrigues em Ouro Verde de Minas-MG.

Nó crítico 2	Hábitos e Estilos de vida não saudável.
Operação	Cuidar Melhor
Projeto	/modificar hábitos e estilos de vida da população idosa
Resultados esperados	Diminuição do número de idosos sedentários em 50%. Espera-se um 50% dos idosos mudando seus hábitos alimentares aderindo uma dieta adequada.
Produtos esperados	Programa de caminhada orientada e Programa alimentação saudável.
Atores sociais/ responsabilidades	População de idosos hipertensos, população de risco, enfermagem, ACS, médico e educador físico.
Recursos necessários	Estrutural: Conseguir área, espaço ou local para a realização das atividades, assim como buscar o educador físico. Cognitivo: Informação e conhecimento sobre o tema Financeiro: Obter recursos financeiros para os honorários do educador físico. Político: Conseguir articulação intersetorial e mobilização dos pacientes.
Recursos críticos	Políticos: Parceria intersetorial Financeiros: Honorários do educador físico
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação. Motivação: Prefeitura e Secretaria de Saúde: Favorável. Secretaria de Educação: Indiferente.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a equipe e estruturação das redes.
Responsáveis:	Equipe de saúde e secretaria de saúde
Cronograma / Prazo	Montar o projeto em três meses. Início das atividades em cinco meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Acompanhar e avaliar o nível de informação alcançado pelos pacientes hipertensos sobre os hábitos e estilos de vida saudáveis, na consulta e outras atividades de educação para a saúde.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico” Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do problema devido à falta de conhecimento relacionado à dificuldade da adesão ao tratamento da hipertensão no PSF Durvalina Rodrigues da Costa, em Ouro Verde de Minas, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do problema devido à falta de conhecimento.
Operação	Apoio familiar é fundamental.
Projeto	Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
Resultados esperados	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos
Produtos esperados	Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento da hipertensão arterial no idoso.
Atores sociais/ responsabilidades	Hipertensos idosos, cuidadores e familiares, ACS, médico, enfermagem.
Recursos necessários	Estrutural: Conseguir salas para a realização das atividades. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: Obter recursos financeiros para a disponibilização de recursos materiais (folhetos educativos, meio audiovisuais). Político: Parceria intersetorial e mobilização social.
Recursos críticos	Políticos: Parceria com a prefeitura para obter salas. Financeiros: Recursos para obter aulas
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde. Motivação: Prefeitura e Secretaria de Saúde: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a equipe e estruturação das redes.
Responsáveis:	Equipe de saúde e secretaria de saúde
Cronograma / Prazo	Montar o projeto em três meses. Início das atividades em cinco meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Acompanhar e avaliar o nível de conhecimento alcançado pelos familiares e cuidadores sobre o cuidado e o manejo do paciente idoso hipertenso após a realização de palestras e atividades de educação para a saúde sobre esse tema, traduzida por uma melhor adesão ao tratamento.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico” em relação ao Processo de trabalho em equipe (falta de protocolo, relacionamento com a equipe de saúde e regímen terapêutico) relacionado à dificuldade da adesão ao tratamento da hipertensão no PSF Durvalina Rodrigues da Costa, em Ouro Verde de Minas, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Falta de protocolo, relacionamento com a equipe e regímen terapêutico.
Operação	Saber mais
Projeto	Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador de hipertensão arterial
Resultados esperados	Equipe capacitada no atendimento
Produtos esperados	Montar protocolo de atendimento, capacitar a equipe.
Atores sociais/ responsabilidades	Integrantes da equipe de saúde (ACS, enfermeiros, enfermagem, médicos, dentista, técnico dentista e recepcionistas).
Recursos necessários	Estrutural: Sala ou local para reuniões Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, habilidades pedagógicas. Financeiro: Aumentar as cotas de exames para estratificação de risco da HAS. Político: Apresentar o projeto para a secretaria de saúde.
Recursos críticos	Políticos: Apresentar o projeto para a secretaria de saúde. Financeiros: Aumentar as cotas de exames para estratificação de risco da HAS.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeitura Municipal e Secretaria de saúde. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a equipe.
Responsáveis:	Equipe de saúde da zona Urbana em parceria com a equipe da área rural.
Cronograma / Prazo	Montar o projeto em um mês. Implantação do protocolo no próximo dois meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliar e acompanhar nas reuniões mensal da equipe o nível de informação alcançado pelos integrantes da equipe na capacitação e atendimento do paciente hipertenso durante o desenvolvimento do processo de trabalho em equipe, assim como o cumprimento do protocolo para melhorar o atendimento e o acompanhamento dos pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial representa um grave problema de saúde. Isso não se deve apenas à elevada prevalência, mas também a grande parcela de indivíduos hipertensos não diagnosticados e tratados inadequadamente, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. A adesão ao tratamento da hipertensão arterial em pacientes idosos se apresenta como um desafio para a saúde pública. Este tema requer compreensão de um quadro complexo que implica em atender questões – adesão, hipertensão arterial e o idoso.

Os artigos e programas lidos mostraram a grande importância de se conseguir com os usuários que tem hipertensão a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Por meio de ações interdisciplinares e de cuidados integrais que elegem a pessoa hipertensa inserida em seu contexto sócio, econômico, espiritual e cultural podem-se conseguir adesão ao tratamento da hipertensão.

Se a pessoa hipertensa aceita e cumpre o tratamento que é lhe é indicado, com certeza, terá menos complicações cardiovasculares e terão melhor qualidade de vida.

Para tal, é imprescindível que o plano de ação proposto seja avaliado e monitorado sempre. É fundamental que toda a equipe esteja envolvida e motivada a trabalhar em conjunto. Os profissionais que atuam junto à clientela de hipertensos devem estar atentos a todos os aspectos do plano terapêutico compreendendo que o esquema medicamentoso, embora importante, não garante por si só o sucesso de tratamento. sanar

Para sucesso do plano, portanto, cabe acompanhar com frequência regular as atividades e o tratamento sugeridos e a participação das pessoas hipertensas no autocuidado. Este acompanhamento é essencial porque permite avaliar as falhas e o por que acontecem buscando imediatamente estratégias de como saná-las.

Assim, se as ações estão sendo seguidas é possível que os objetivos estejam sendo cumpridos.

A melhor forma de conscientizar os pacientes para que possam aderir ao tratamento é por meio de orientações sobre a HAS, mudanças dos hábitos e estilos de vida e a inclusão do grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

REFERENCIAS

BORGES, H.P.; et al. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.91, n.2, p.110-18, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2008001400007&script=sci_arttext. Acesso em: 20 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção a Saude. Departamento de Atenção Basica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H.P.; SANTOS. M.A. **Planejamento e Avaliação das ações em Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.

CARDOSO; G.N. **Além da prescrição**: a má adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Monografia (Trabalho de Terminação de Curso) Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares. 2011.

CATANI, R.B.; GIRARDON-PERINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente na voz dos cuidadores domiciliares. Rev. electronica Enferm. [periódico na internet]. 2004[citado 2006 jan.20];6(2): [cerca de 17p.].254. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista_6-2/pdf/Orig11_idoso.pdf. Acesso em 20 ago.2015.

COSTA, R. dos S.; NOGUEIRA, L.T. Contribuição Familiar no controle da hipertensão arterial. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.5, out.2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500012&lng=pt&nrm=iso Acesso em:12 jun.2015.

DAMIÃO, E.B.C.; ANGELO, M. A experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança. **Rev. Esc.Enferm.USP** 2001.35(1): 60-71

DEWULF et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças Gastrointestinais Crônicas acompanhadas no ambulatório de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.42, n.4, out./dez. 2006.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA. IBGE. **Projeção da População, 2010**. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jun.2015.

FURTADO, E. da C. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridade. **Rev. Bras.Clin Med**, PR, v13, n.2, p 250 – 253, 2008.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e fatores associados na atenção primaria d hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-72,2013.

GLYNN L. G. et al. Interventions used to improve control of blood pressure in-patient with hypertension. Cochrane database of Systematic Reviews, v.17, n.3, mar., 2010.

HO PM, RUMSFELD, J.S.; MASOUDI, F.A.; McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, *et al.* Effect of medication non adherence on hospitalization and mortality among patients with Diabetes Mellitus. **Arch Intern Med.** 2006; 166:1836-41

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@.** Brasília [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> Acesso em: 5 nov.2014.

JESUS, E.S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimento e adesão a o tratamento. Acta Paul Enferm 2008. Disponível em: < [http:// www.scielo.com](http://www.scielo.com)> Acesso em: 14 jan.2015.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia Básica e Clínica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2003.

LOPES, K.M. Baixa Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma revisão teórica, 2010. Disponível em: <http://www.nescom.medicina.ufmg.br/biblioteca> Acesso em: 21 jul. 2015.

LYRA, J.D.P., AMARAL, R.T.; VEIGA EV, CARNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S., Pelá IR. *et al.* A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2006; maio-junho; 14(3):435-41 Disponível em : [http:// www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Acesso em: 22 ago.2015.

NASCENTE, F.M.N., et al. Hipertensão Arterial e sua Correlação com Alguns Fatores de Risco em Cidade Brasileira de Pequeno Porte. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, v.95, n.4, p. 502-9, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop10910.pdf> Acesso em: 20 ago.2015

ORGANIZAÇÃO PANAM. DA SAUDE. **Linhas de Cuidado:** hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

RIBEIRO, A.G. et al. Hipertensão arterial e orientador domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**, Campinas, v.25, n.2, p.271-82, mar/abr., 2012.

ROSÁRIO, T.M., et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres- MT. **Arq. Bras. de Cardiol.** São Paulo, v.93, n.6, Dez.2009.

SALA de Situação em Saúde do Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: [http:// 189.28.128.178/sage/](http://189.28.128.178/sage/). Acesso em: 30 nov.2014.

SILVA, J.L., SOUZA, S.L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente, **Rev. de Enfermagem.** v. 6, n.3, p.330-335,2004.

SOCERJ – Sociedade de Cardiologia do Estado do RJ, Última atualização. 04-10-2007 – Disponível em web saúde: < <http://www.sociedades.cardiol.br/socerj-site/web/publico/...> Acesso em: 20 ago. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95; n.1, p.1-51, 2015.

YIANNAKOPOULOU, E. Ch.; PAPADOPOLIS, J.S.; COKKINOS, D.V.; MOUNTOKALAKIS, D.T. Adherence to treatment antihypertensive treatment: a critical fator for blood preassure control. **Eur. J Cardio. Prev. Rehabil.** 2005; 12: 243-9.