

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

**PAULO HENRIQUE MEDEIROS**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA POR MEIO DO MANEJO  
CONTÍNUO DOS PACIENTES**

**BOM DESPACHO – MG**  
**2014**

PAULO HENRIQUE MEDEIROS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA POR MEIO DO MANEJO  
CONTÍNUO DOS PACIENTES**

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

Orientador: Prof<sup>a</sup> André Luiz dos Santos Cabral

BOM DESPACHO – MG  
2014

PAULO HENRIQUE MEDEIROS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA POR MEIO DO MANEJO  
CONTÍNUO DOS PACIENTES**

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

Orientador: Prof<sup>a</sup> André Luiz dos Santos Cabral

Banca Examinadora:

Prof. André Luiz do Santos Cabral - Orientador

Prof. Flávia Latini - Examinadora

Aprovado em:

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me dado forças para poder conciliar a tripla missão de exercer a função de médico da família e ainda dedicar-me aos estudos para concluir a especialização em saúde da família e para prestar as provas de residência médica.

Aos pacientes e à equipe da Unidade Básica de Saúde Pio XII por terem contribuído para meu crescimento profissional e por terem me feito perceber que, juntos, podemos driblar as limitações do sistema de saúde para melhorar os seus indicadores.

Aos meus pais que, além de essenciais durante toda minha formação como médico, foram capazes de entender e aceitar minha ausência física durante mais essa etapa.

Aos amigos pelos bons momentos vividos, inclusive aos graduandos da especialização em saúde da família do polo de Bom Despacho, pelas experiências compartilhadas.

Agradeço aos mestres que conheci durante o curso de especialização, pelo empenho, e pelos ensinamentos que guardarei com compromisso.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para melhorar os níveis pressóricos nos hipertensos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Pio XII do município de Itaúna - MG. No diagnóstico situacional observou-se que a maior demanda da unidade era destinada ao controle clínico de hipertensos e comorbidades associadas e, mesmo assim, percebeu-se que muitos dos usuários hipertensos da UBS ainda tinham seus níveis pressóricos fora dos alvos estabelecidos pelas recomendações mais recentes. Baseando-se nesse problema foram selecionados os seguintes nós críticos: falta de informações, compreensão, aderência ao tratamento, adoção de mudanças de hábitos de vida e controle de comorbidades associadas por parte dos hipertensos. Para enfrentar esses nós críticos e melhorar os níveis tensionais dos hipertensos foram estabelecidas diferentes ações de intervenção: atividades teóricas educativas e aferição regular da hipertensão arterial.

Palavras chave: Hipertensão, Fatores de Risco, Autocuidado, Qualidade de Vida.

## **ABSTRACT**

This study aimed to develop an action plan to improve blood pressure levels in hypertensive the area covered by the Basic Health Unit Pius XII in Itaúna - MG. The situational analysis of unit revealed that the greatest demand was intended for clinical management of hypertension and associated comorbidities, and even then, it was realized that many of the users hypertensives of UBS still had their blood pressure levels outside the targets set by the most recent recommendations. Based on this problem the following critical nodes were selected: Lack of information, understanding, the difficult of treatment adherence and adopting changes in lifestyle that make it harder the control the hypertension and comorbidities.

To address these critical problems and improve blood pressure levels of hypertensive, were established different intervention actions, as theoretical educational activities and regular measurement of arterial hypertension.

Keywords : Hypertension , Risk Factors , Self Care , Quality of Life .

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Usuários e consultas da UBS Pio XII, Itaúna-MG, 2013.....	20
Quadro 1	Proposta de atividades para solução dos Nós Críticos Apresentados	22
Quadro 2	Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.	25
Quadro 3	Proposta de ação para motivação dos envolvidos .....	27
Quadro 4	Elaboração do plano operativo .....	29
Quadro 5	Acompanhamento do plano de ação .....	30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>13</b>
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	13
5.2 Atenção Básica no Controle da Hipertensão Arterial.....	14
5.3 Tratamento Anti-Hipertensivo .....	15
5.4 Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo .....	17
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b> .....	<b>19</b>
6.1 Definição dos Problemas.....	19
6.2 Priorização dos Problemas.....	19
6.3 Descrição do Problema Selecionado.....	19
6.4 Explicitação do Problema .....	20
6.5 Seleção dos Nós Críticos.....	21
6.6 Desenho das Operações .....	22
6.7 Identificação dos Recursos Críticos.....	25
6.8 Análise da Viabilidade do Plano .....	26
6.9 Elaboração do Plano Operativo: .....	28
6.10 Gestão do Plano .....	30
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>31</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) está entre as doenças mais prevalentes hoje no mundo e tem, de maneira especial, preocupado os órgãos da saúde por ser um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de diversas doenças cardiovasculares, cerebrais e renais (BRASIL, 2011).

Segundo Brasil (2006), cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana foram causadas pela hipertensão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se caracteriza quando a pressão arterial sistólica atinge valor igual ou superior a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica apresenta valor igual ou superior a 90 mmHg, e comumente, ocorre em indivíduos que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem colaborado para o desenvolvimento de complicações nos pacientes hipertensos, de forma que o não uso, ou uso inadequado das medicações podem agravar o quadro de saúde do indivíduo e, em muitas vezes, ocasionar o óbito.

São propostos dois tipos de tratamento para a HAS: a terapia não medicamentosa, também conhecida como mudança no estilo de vida, e a terapia medicamentosa combinada com a não medicamentosa, ou seja, o uso do medicamento adequado, associado ao hábito de vida saudável (OLIVEIRA, 2011).

A adoção de um estilo de vida saudável, especialmente no início do tratamento é considerada a maneira mais eficaz de se prevenir as complicações da hipertensão arterial e são, a princípio, mais efetivas que a prescrição medicamentosa. Sendo assim, considera-se como hábitos saudáveis: uma alimentação balanceada, prática de atividades físicas regulares e extinção ou diminuição do tabagismo (MIO, 2012).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual estou inserido, chama-se Pio XII e localiza-se no bairro Morro do Sol, região urbana de Itaúna – Minas Gerais.

Segundo o Censo (2010), a população desse bairro é composta por 1388 habitantes, sendo metade da população masculina, e grande parte (aproximadamente 78%) composta por indivíduos na faixa etária de 15 a 64 anos de idade. A UBS Pio XII engloba, além do bairro Morro do Sol, a população de dois outros bairros da cidade de Itaúna, Pio XII e o Nogueira Machado. Ao todo, são 2.385 pacientes cadastrados na UBS Pio XII, e destes, 487 são hipertensos. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIABA) (SIAB, 2013), 45,82% das consultas foram destinadas à atenção aos pacientes hipertensos.

Muito já se avançou no controle da HÁ desses pacientes, considerando a facilidade do acesso, a partir da implantação do modelo de atenção básica, dos serviços gratuitos de análise clínica e da distribuição de medicamentos sem ônus ao paciente pelo programa de Farmácia Popular. No entanto, mesmo diante dos avanços, ainda é possível observar situações de risco.

Em conjunto com a equipe dessa UBS e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pudemos observar grande número de pacientes com controle insatisfatório de seus níveis pressóricos. Em nossa atuação e diante da demanda na unidade foi possível destacar inúmeras justificativas para esse problema, contudo, o uso irregular da medicação se apresentou como destaque.

No dia a dia, foi possível perceber que muitos pacientes acreditam que o uso dos medicamentos deve ocorrer apenas até o controle dos níveis pressóricos, podendo deixar de lado essa terapia espontaneamente após atingir a meta terapêutica. Além disso, a dificuldade de compreensão também se mostrou como fator dificultador no tratamento, devido ao próprio nível de escolaridade dessas pessoas.

Foram levantadas pela equipe da UBS Pio XII algumas dificuldades no tratamento do usuário hipertenso, principalmente no que tange a adesão do paciente ao tratamento. O comportamento dos usuários não se mostrava positivo, sendo que muitos se queixavam da falta de tempo para a prática de atividade física e aqueles que a praticavam, faziam-na de maneira incorreta por falta de orientação.

Além disso, a restrição alimentar era um grande desafio para esses pacientes, pois muitos deles não conseguiam fazer a restrição necessária, por falta de informação, ou até mesmo pela facilidade do acesso aos alimentos hipercalóricos e hiperlipídicos. Justamente os alimentos que devem ser evitados ou consumidos em quantidade moderada são os mais baratos da mesa do brasileiro como batata,

mandioca, arroz (fontes de carboidratos) e alimentos com alto teor de sódio e gordura.

Essas observações foram verificadas por mim e pela equipe durante as consultas médicas e durante as reuniões do grupo operativo para controle clínico de hipertensão arterial sistêmica e suas comorbidades. Entretanto, observei que mesmo destinando grande parte do atendimento aos pacientes hipertensos, não se tinha em contrapartida o controle pressórico dos mesmos.

A equipe entendeu que deveria se empenhar no controle pressórico dos pacientes hipertensos, para oferecer um tratamento humano, dirigido e eficiente aos usuários hipertensos, a fim de operar dentro da realidade de cada um, buscando ganhar a confiança deles e incentivá-los para que mesmo com o controle pressórico, não abandonassem o tratamento.

## 2 JUSTIFICATIVA

O controle da HAS corresponde a uma das maiores demandas de agenda programada (45,82%) e as complicações causadas pela doença também constituem importantes fatores para a procura do atendimento na demanda espontânea.

Através de reuniões com a equipe, pudemos destacar a necessidade de propor ações de intervenção sobre esta situação enfrentada pelos usuários hipertensos da UBS, já que, com base nas análises dos prontuários desses pacientes, observamos que muitos não estavam fazendo o acompanhamento adequado e uso efetivo da medicação. Além disso, muitos desses usuários que faziam uso adequado da medicação retornavam à UBS com níveis pressóricos elevados por não praticarem a terapia não medicamentosa, seja por falta de estímulo ou até mesmo por falta de informações e orientações claras advindas da equipe de saúde.

Verificou-se ainda, que apenas as consultas disponibilizadas e o grupo operativo em funcionamento na unidade não estavam sendo suficientes para adequado controle dos níveis pressóricos. Logo, resolveu-se propor a reestruturação no modo de manejo desses pacientes por meio de medidas educativas e controle mais frequente e efetivo da pressão arterial.

Diante do exposto surgiu a necessidade de elaborar uma proposta de intervenção para melhor se obter o controle pressórico dos pacientes hipertensos, considerando ser a HAS uma doença crônica que pode ter suas complicações prevenidas pela adesão ao tratamento, necessita de cuidado especial e de acompanhamento contínuo.

O desenvolvimento deste trabalho será importante para demonstrar à população da área de abrangência da UBS Pio XII e aos profissionais de saúde a necessidade de incentivar os usuários hipertensos ao autocuidado, à adesão ao estilo de vida saudável e a seguir, em todo o estágio da doença, o tratamento com compromisso efetivo.

### **3 OBJETIVOS**

Elaborar uma proposta de plano de intervenção para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes inscritos na Unidade Básica de Saúde PIO XII.

### **4 METODOLOGIA**

Inicialmente, para identificação do principal problema enfrentado pela UBS Pio XII foi realizado o diagnóstico situacional da população adscrita por meio da análise de dados do SIAB e da realidade vivenciada diariamente na UBS PIO XII durante consultas médicas, grupos operativos e reuniões com equipe.

Foram realizadas quatro reuniões de equipe no período de março a abril de 2013, no qual iniciei minhas atividades na referida UBS e para conhecimento das principais necessidades da população adscrita segundo os ACS e a equipe de enfermagem.

O controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, bem como o abuso de psicotrópicos foram levantados como as demandas primordiais da unidade. A melhoria do manejo da hipertensão arterial por meio da adoção de atividades teóricas e práticas foi definida como prioritária em razão dos desfechos em curto prazo.

Para atender ao proposto neste trabalho foi realizada revisão bibliográfica sobre temas relacionados ao controle da hipertensão arterial. Segundo Trentini e Paim (1999) a revisão bibliográfica é uma análise crítica e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento.

Portanto, definiu-se pesquisar por artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library On-Line) e MEDLINE, por meio dos descritores: Hipertensão, Fatores de Risco, Autocuidado e Qualidade de Vida.

De acordo com as informações levantadas na revisão de literatura e os dados referentes ao problema detectado foi proposto um plano de ação para melhor manejo do controle da hipertensão arterial entre os pacientes hipertensos da UBS Pio XII.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser considerada uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Além disso, associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), no Brasil, considerando como valores diagnósticos para HAS, para níveis tensionais iguais ou acima de 140/90 mmHg, estima-se prevalência de 32,5% d doença no Brasil, com mais de 50% entre indivíduos com idade entre 60 e 69 anos, e 75% entre os indivíduos com mais de 70 anos. Em relação ao gênero, estima-se 35,8% entre homens e 30% entre mulheres.

Pode-se dizer ainda que no Brasil as Doenças Cardiovasculares (DCV) correspondem a maior causa de morte no país. Em 2007, constatou-se 308.466 óbitos por DCV. Pode-se citar a ocorrência, no mesmo ano, de 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS) e 94.282 inclusões de pacientes em serviço de diálise devido à insuficiência renal crônica terminal (SBC, 2010).

Alguns fatores são considerados como os principais para o risco de desenvolvimento e alta prevalência da HAS, sendo eles; aumento da idade, sexo masculino, baixa escolaridade, tabagismo, obesidade e sobrepeso, circunferência abdominal aumentada e consumo regular de bebidas alcoólicas (Jardim *et al.*, 2007).

A maioria dos hipertensos conhece a relação entre esses fatores de risco e a HAS. Em estudo realizado por Pessuto e Carvalho (1998), apenas 35,7% dos indivíduos entrevistados responderam que a associação entre exercício físico e HAS é benéfica em reduzir os níveis tensionais, e 68,2% deles não praticavam atividade física. Já em relação aos outros fatores de risco como consumo de sal (85,7%), gorduras (72,8%), estresse emocional (90%), consumo de álcool (74,3%) e

tabagismo (67,2%), a maioria dos pacientes souber fazer correlação positiva entre esses e a HAS.

Ainda sobre o estudo de Pessuto e Carvalho (1998), cerca de 40 % dos entrevistados não soube definir o que é hipertensão, o que comprova que ainda existe carência de informações sobre a HAS entre os pacientes hipertensos. Além disso, definiram cefaléia e dor na nuca como principais sintomas da HAS (18%), sendo o acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio como principais desfechos (39%). Para o controle dos níveis pressóricos as causas de cunho emocional foram relatadas como as mais implicadas e 40% referiram a adoção de medidas comportamentais como fundamentais nesse controle.

## **5.2 Atenção Básica no Controle da Hipertensão Arterial**

Para organizar a assistência às pessoas com HAS e DM, o Ministério da Saúde lançou em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes (HiperDia), que constitui um sistema de cadastro de modo a permitir o monitoramento e gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e padronizada (BRASIL, 2002).

Em estudo realizado por Filha *et al.* (2011), os usuários da atenção básica identificaram os agentes comunitários de saúde como os principais atores na transmissão de informação a respeito de medidas de controle de hipertensão arterial sistêmica e *diabetes melitus*, sendo um elo de ligação entre comunidade e equipe de saúde. A equipe de enfermagem foi colocada em segunda posição.

No mesmo estudo, constatou-se ainda que 71,2 % dos pacientes nunca participaram de atividades educativas em saúde voltadas para o controle de hipertensão e de diabetes, seja na unidade de saúde ou em qualquer outro ambiente. Além disso, apenas 64,1 % dos pacientes caracterizaram a atenção recebida como boa( Filha *et al.*.2011).

Todos os profissionais da equipe de atenção básica devem se preocupar em implantar as atividades dos protocolos do HiperDia, sempre se norteando pelos preceitos da humanização e holismo, voltando-se para o cuidado individualizado, buscando satisfazer as necessidades dos usuários e não seguindo apenas o tradicional modelo biomédico Flexneriano.

A atenção básica, a partir do seu próprio modelo de estruturação, teria uma das condições mais favoráveis de oferecer ações de educação em saúde. É princípio da atenção básica o relacionamento mais próximo com o paciente, a continuidade do cuidado, a possibilidade de realizar o acompanhamento no próprio domicílio do paciente, assim como ações coletivas de saúde com possibilidade de abranger de uma só vez um número expressivo de pacientes. Essas práticas educativas poderiam compor desde exposição dialogada e material escrito específico até o compartilhamento de experiências e avaliação (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Pode-se perceber, portanto, que embora existam protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, por meio do programa de HiperDia, muitas unidades básicas de saúde ainda não executam o programa na sua íntegra. Na maioria das vezes se restringem a renovação de receitas, centradas no modelo biomédico como relatado acima, contribuindo para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Torna-se necessário destacar que as práticas de educação em saúde não são necessariamente atividades rebuscadas de transferência de informação de conteúdo fixo e ditatorial como palestras, em que um representante da equipe fala e os usuários ouvem sem intervenção. Trata-se na verdade da troca de informações e experiências, individualizada de acordo com a necessidade e condição de cada paciente.

### **5.3 Tratamento Anti-Hipertensivo**

O tratamento anti-hipertensivo tem como objetivo primordial reduzir as complicações inerentes à doença e que pode prejudicar a qualidade de vida do paciente e até mesmo culminar em óbito. Além disso, o tratamento visa o alívio dos sintomas. Sabe-se que o sucesso do tratamento requer abordagem multidisciplinar humanizada, associada às medidas farmacológicas e não farmacológicas (NEVES *et al.*; 2005).

Um estigma que dificulta o controle da hipertensão arterial é o fato de a mesma ser, na maioria das vezes, assintomática, quando ainda não há lesão de órgãos alvo, ou quando essa lesão está incipiente e não manifesta clinicamente, fazendo com que os hipertensos deixem de tomar as medicações ou a esqueçam devido à falsa sensação de não estarem doentes (SILVA *et al.*, 2013).

A fim de reduzir a pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de diastólica, o tratamento anti-hipertensivo oferecido deve ser individual, e o profissional deve considerar a idade, a presença de comorbidades, o estado mental, o uso de outras medicações, dependência de álcool ou tabaco e as limitações do paciente (BRASIL, 2006; SBC, 2006).

O paciente hipertenso pode adotar o tratamento medicamentoso com uso de um medicamento ou mais associados entre si, ou o não medicamentoso que consiste em mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis. Qualquer que seja o tratamento adotado é necessário que haja conscientização de que a HA é uma doença que requer tratamento por toda a vida (LOPES *et al.*; 2003).

Segundo Oparil (2001), o tratamento medicamentoso é indicado para pacientes portadores de hipertensão moderada e grave, e principalmente para aqueles que apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares. Nesses casos a terapia combinada é indicada, visto que o controle pressórico é de difícil alcance com apenas um agente terapêutico.

No tratamento do paciente idoso, a prescrição de até três fármacos é facilmente aceita e corretamente manejada por ele, ao passo que, uma prescrição de mais de três agentes terapêuticos causa confusão, principalmente em relação a posologia, levando à baixa adesão ao tratamento (SÁ, 2003).

O tratamento não medicamentoso, também conhecido como mudanças no estilo de vida, é bastante eficiente. Medidas como; exercícios físicos, abandono do tabagismo e do alcoolismo, restrição de sódio, suplementação de potássio, controle do estresse psicoemocional, redução do peso corporal, e uma alimentação balanceada e saudável, são comprovadamente positivos no sucesso do tratamento (CORNELISSEN e FAGARD, 2005; SBC, 2006).

Em indivíduos em que o tratamento não medicamentoso é insuficiente para controlar a pressão arterial, faz-se necessário o tratamento com agentes farmacológicos, que devem ser iniciados em baixa dosagem, inicialmente e, havendo necessidade de associação com novos medicamentos, que esse procedimento seja feito com cautela. Ressalta-se que tratamento não farmacológico deve ser mantido (SBC, 2006).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) preconiza, para o tratamento anti-hipertensivo não medicamentoso;

-Padrão Alimentar Saudável: Evitar alimentos considerados de risco, como aqueles com alto teor de sódio e gordura saturadas, principalmente os embutidos e industrializados. Preferir alimentos *in natura* e temperos naturais, além de retirar o saleiro da mesa, restringir bebidas alcoólicas e bebidas açucaradas.

-Controle do Peso Corporal: Realizar atividade física e restrição calórica, alcançar e manter o Índice de Massa Corporal (IMC) inferior à 25kg/m<sup>2</sup>.

-Exercícios Físicos: Praticar regularmente, por no mínimo 30 minutos, três vezes por semana, de preferências exercícios aeróbicos (caminhada, corrida, natação e dança), para reduzir a pressão arterial e o risco de desenvolver doença cardiovascular e AVC.

-Suplementação de Potássio: Ingerir alimentos fontes de potássio para promover a redução da pressão arterial. Os principais alimentos fonte são: feijões, ervilhas, bananas, vegetais verde-escuros, beterrabas, cenouras e frutas secas.

-Controle do Estresse Psicoemocional: O estresse mental e a privação de sono podem contribuir para a HAS sustentada. O tratamento voltado para o aspecto psicoemocional pode ser útil no controle da pressão arterial e na melhora da adesão do paciente ao tratamento.

#### **5.4 Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo**

Define-se adesão ao tratamento como a concordância entre o que o profissional de saúde recomenda e o comportamento do paciente em relação à terapêutica proposta (GILSOGAMO *et al.*; 2008).

Para que haja adesão do paciente hipertenso ao tratamento, é necessário que haja cumplicidade e vínculo entre ele e o profissional de saúde, de forma que seja desenvolvida a terapêutica na base da compreensão e da cooperação, de maneira individualizada, dentro dos limites e das necessidades do paciente, para que esse venha se tornar mais ativo e responsável pelo tratamento sugerido, influenciando de maneira positiva no tratamento (LYRA *et al.*, 2006; ARAÚJO e SILVA, 2010).

Segundo Lopes (2012), a baixa adesão ao tratamento é a principal causa do controle incorreto da pressão arterial, pois 50% dos pacientes que não controlam a pressão arterial, também não aderem às recomendações da equipe de saúde.

De acordo com Borges (2013), a não adesão ao tratamento é definida como o comportamento intencional ou não intencional do indivíduo que não coincide parcial ou totalmente com um plano de promoção de saúde ou terapêutico e com as recomendações tomadas por meio de decisões partilhadas e acordadas entre profissional/equipe de saúde multidisciplinar e o indivíduo, família e comunidade. Inclui a dificuldade no tratamento medicamentoso, não medicamentoso e o não comparecimento às atividades nos serviços de saúde, o que pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou apenas parcialmente efetivos. A não adesão tem sido denominada epidemia invisível, com prevalência variando de 15 a 93 % de acordo com o método utilizado para sua aferição (BORGES, 2013).

São vários os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento da HAS. Entre os fatores que são considerados prejudiciais à adesão do paciente ao tratamento, tem-se: baixa escolaridade, complexidade do regime terapêutico, sedentarismo, não realização da dieta indicada, fatores econômicos, idade avançada, deficiência física ou mental, solidão, falta de acompanhamento pela família e falta de monitoramento pela ESF (ALMEIDA *et al.*, 2007). A não adesão tem sido comum entre os pacientes hipertensos e tem gerado um alerta, principalmente quando analisado o crescente índice de mortes por acidentes vasculares encefálicos no Brasil (BLOCH *et al.*, 2008).

Segundo Maciel (2002), medidas como melhora no acesso ao medicamento, maior oferta de informações sobre a doença e o tratamento para o paciente e seus familiares, melhora na assistência farmacêutica e no atendimento profissional pode colaborar para a adesão do paciente ao tratamento, pois é um problema de múltiplos fatores. Esse problema tem sido comum entre os pacientes hipertensos e tem gerado alerta, principalmente quando analisado o crescente índice de mortes por acidentes vasculares encefálicos no Brasil (BLOCH *et al.*, 2008).

A ESF (Equipe de Saúde da Família) deve oferecer cuidado individualizado e tratamento de acordo com a realidade do paciente, de maneira humana e eficiente (ARAÚJO *et al.*, 2003). É necessário envolvimento da família no tratamento, para que o paciente possa adotar um estilo de vida saudável e seguir todas as recomendações da equipe de saúde. Para isso, ações educativas em saúde tem se mostrado bastante positivas no intuito de demonstrar ao paciente e às famílias a importância e as vantagens de se seguir toda a terapêutica proposta em todo o período do tratamento (NEVES, 2012).

## **6 PLANO DE AÇÃO**

Com base no principal problema identificado pela equipe laborou-se um Plano de Ação para ESF Pio XII, considerando sua importância e a viabilidade de gerenciar essa intervenção.

### **6.1 Definição dos Problemas**

O diagnóstico situacional da UBS PIO XII evidenciou elevado número de usuário hipertensos e diabéticos que compunham a maior parcela da demanda da unidade, uso abusivo de psicotrópicos pelos usuários e alta taxa de pacientes com doenças de origem osteomuscular, de etiologia provavelmente mecânica.

### **6.2 Priorização dos Problemas**

Todos os três problemas constatados no diagnóstico situacional da UBS foram considerados de alta importância devido ao comprometimento na qualidade de vida das pessoas que provocam. Entretanto o controle da HAS foi considerado prioritário devido ao maior potencial de morbimortalidade a curto prazo.

Além disso, o manejo da hipertensão arterial, em especial, está totalmente dentro das possibilidades de uma Unidade Básica de Saúde, uma vez que possui recursos pessoais e técnicos para tal fim.

### **6.3 Descrição do Problema Selecionado**

Do total de usuários cadastrados na UBS Pio XII situada no município de Itaúna-MG, 487 são hipertensos. Em relação ao número de consultas 45,82 % foram destinadas à atenção aos hipertensos, conforme demonstrado na tabela abaixo. Esses são dados do SIAB de abril de 2013. Confirma-se então a importância de se tratar essa doença como demanda prioritária na unidade.

**Tabela 1** – Usuários e consultas da UBS Pio XII, Itaúna-MG, 2013.

<b>Dados da UBS</b>	<b>n</b>
Usuários Cadastrados	2.835
Usuários Hipertensos	487
Consultas destinadas à atenção aos hipertensos	45,82%

Fonte: SIAB, 2013.

#### **6.4 Explicação do Problema**

Como demonstrado no item 5, vários são os motivos para não se obter um adequado controle pressórico de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006). Destacam-se nesse sentido, a não adesão ao tratamento medicamentoso e ao não farmacológico que consiste em mudanças no hábito de vida, bem como na falta de ações educativas em saúde.

Considerou-se a não adesão ao tratamento medicamentoso um dos principais motivos para o não controle pressórico entre os pacientes da UBS Pio XII. Atualmente, a maioria dos pacientes já dispõe das medicações gratuitamente por meio do Programa de Farmácia Popular. No entanto, muitos médicos ainda insistem na prescrição de fórmulas comerciais mais caras e não disponíveis, além daqueles profissionais que optam por esquemas de múltiplas dosagens diárias e polifarmácia comprometendo a execução do tratamento, especialmente quando trata-se de paciente idoso, já que, devido às comorbidades existentes e o número de medicações utilizadas, aumentam a chance de efeitos colaterais.

Outro ponto importante percebido na prática diária dos pacientes da UBS é o fato de que, como a hipertensão arterial inicia-se de maneira assintomática, há dificuldade no diagnóstico e adesão e no ao tratamento especialmente quando se trata de pacientes jovens.

Um fator dificultador para a adesão ao tratamento pode estar relacionado de que no município de Itaúna, as UBSs não contam com farmácia no interior das mesmas. Apenas duas delas localizadas no centro da cidade, possuem suas farmácias. Contudo, às vezes, não disponibilizam todos os medicamentos selecionados pelo Programa de Farmácia Popular. Além disso, muitos pacientes ainda não possuem conhecimento sobre a possibilidade de adquirir a medicação

gratuitamente nas redes de farmácias particulares que estão vinculadas ao programa Aqui tem Farmácia Popular, o que dificulta o tratamento.

Outro fator está relacionado as dificuldades nas mudanças no estilo de vida, por parte dos usuários hipertensos durante o tratamento .Alguns deles, por exemplo, alegam que estão impossibilitados de praticar atividades físicas por sentirem-se limitados pela doença.

Nesse contexto, a UBS Pio XII pode ser considerada fator facilitador, uma vez que está localizada na principal avenida da cidade com passarela disponível para caminhada .Além disso, situa-se próxima a uma praça com equipamentos de academia disponível ao público.

Outro fator dificultador para a adesão ao tratamento refere-se às mudanças dietéticas necessárias. Observa-se que a alimentação dos pacientes é baseada principalmente no consumo de carboidratos, devido ao baixo custo e carnes gordurosas, o que compromete o controle pressórico.

Visando promover hábitos alimentares saudáveis, a equipe da UBS conta com uma nutricionista, que realiza consultas quinzenalmente. Os pacientes agendo o atendimento, mas a carga horária da profissional é insuficiente para todos, o que inviabiliza a realização de grupos operativos de atendimento.

As práticas educativas em saúde, especialmente no que se refere ao controle de hipertensão e diabetes estão incluídas nas ações do HiperDia. Entretanto, como observado inicialmente na própria UBS Pio XII, o cuidado dessas doenças restringe-se apenas a renovação de receitas. Não existiam grupos operativos com palestras e os agentes comunitários de saúde, que são a ligação principal entre equipe e unidade, não estavam preparados tecnicamente para ajudar nesse controle.

Além disso, a ausência dos usuários hipertensos para aferição regular dos níveis pressóricos e a falta de registros é comum entre os pacientes dessa UBS, o que tem prejudicado o acompanhamento a longo prazo.

## **6.5 Seleção dos Nós Críticos**

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao alto índice de usuário com níveis pressóricos não controlados. Essas serão as causas para as quais a equipe direcionará os esforços.

- Não adesão ao tratamento medicamentoso;
- Não aferição regular da pressão arterial;
- Não adesão aos hábitos de vida saudáveis.

## 6.6 Desenho das Operações

Para a solução dos nós críticos, foram definidas as ações a serem praticadas pela ESF da UBS Pio XII, por meio de atividades teóricas educativas e atividades práticas.

O quadro 1 apresenta a descrição das atividades a serem desempenhadas:

**Quadro 1.** Proposta de atividades para solução dos Nós Críticos Apresentados:

<b>Nó Crítico</b>	<b>Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Não adesão ao tratamento medicamentoso	“Saúde: A responsabilidade é sua!”	-Melhorar a adesão dos hipertensos ao esquema terapêutico proposto através da informação e do tratamento individual de cada caso.	-Uso regular e contínuo dos anti-hipertensivos pelos pacientes - Equipe capaz de oferecer assistência individualizada a cada hipertenso. -Distribuir anti-hipertensivos dentro da própria unidade.	-Organizacional: Reorganização da agenda, organizar grupos operativos. -Humano: equipe envolvida. -Cognitivos: estratégias pedagógicas. -Materiais: Panfletos, televisão e computador para exposição de conteúdo explicativo em slides.
Não aferição regular da pressão arterial	“Uma apertadinha não dói!”	-Aferição quinzenal dos níveis pressóricos. -Registro dos níveis pressóricos em prontuário e cadernetas de aferição.	-Incorporação na rotina da UBS, a aferição da pressão arterial e o registro dos níveis pressóricos dos usuários hipertensos.	-Humanos: equipe da ESF, acadêmicos do terceiro período de medicina da Universidade de Itaúna. -Materiais: Estetoscópio, esfigmomanômetro cadernetas de aferição.

**Quadro 1.** Proposta de atividades para solução dos Nós Críticos Apresentados:**- CONTINUAÇÃO**

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Não adesão aos hábitos de vida saudáveis.	“Movimentar-se é preciso!”	-Pacientes esclarecidos quanto à importância da prática de atividades físicas e da adoção de hábitos alimentares saudáveis. -Redução do sedentarismo, peso corporal, IMC e medida da circunferência abdominal.	-Orientações educativas na UBS e durante visitas domiciliares -Atividades práticas na rua e academia ao ar livre.	-Humano: equipe da ESF, educador físico e nutricionista. -Cognitivos: estratégias de comunicação. -Materiais: recursos audiovisuais, equipamentos de academia disponíveis na academia ao ar livre, balança, fitas de medição, calculadora.

As atividades teóricas serão realizadas todas as quintas-feiras, no período da manhã, horário no qual já ocorrem as atividades do HiperDia. Serão programadas para iniciarem às 7 horas da manhã para que os pacientes cheguem à unidade e realizem a aferição dos níveis pressóricos e da glicemia capilar de jejum, além da medida do peso corporal, da altura e da circunferência abdominal.

Após a aferição, será oferecido um pequeno lancha para os pacientes, principalmente para o que estiverem em jejum, e em seguida serão encaminhados às atividades educativas do projeto.

A palestra será ministrada por mim, médico da equipe de ESF e pela enfermeira. As palestras englobarão informações quanto aos fatores de risco cardiovascular, necessidade de adesão ao tratamento medicamentoso e ao não medicamentoso e à corresponsabilização com o tratamento.

Após as ações educativas em saúde, cada paciente será encaminhado para consulta médicas munido de prontuário e com os respectivos dados aferidos anteriormente para que recebam um tratamento individualizado, onde será possível realizar alterações no esquema terapêutico, solicitação de exames, esclarecimento de dúvidas, reforço de orientações, estratificação de risco cardiovascular e

marcação de retorno. As orientações educativas ministradas já englobam ações dos três projetos propostos.

Já no projeto “Movimentar-se é preciso!” serão oferecidas, por orientação de um profissional educador físico que é disponibilizado uma vez a cada semana pela prefeitura municipal de saúde, atividades práticas ao ar livre, de estímulo à atividade física. As atividades irão alternar-se entre atividade aeróbica e de resistência. Como já dito, a unidade localiza-se próxima a Avenida Jove Soares, que apresenta passarela central destinada à prática de caminhada e de corrida.

Nesse sentido, se reunirão todas às segundas feiras em frente à UBS, as pessoas que tenham disposição para realizar uma caminhada sob monitorização do educador físico. Esse será um momento de estímulo à atividade física e também de confraternização entre os usuários.

Após a caminhada, os usuários irão se deslocar para a praça onde estarão os equipamentos de academia ao ar livre e farão atividades de resistência também sob orientação profissional em esquema de revezamento.

Essas atividades poderão estender-se até o final da manhã, de acordo com o número de pessoas que comparecerem para as mesmas.

Como parte do projeto “Movimentar-se é preciso!”, serão feitas orientações nutricionais pela nutricionista que comparece à unidade quinzenalmente nas terças feiras. Foi proposto que a mesma alterne atendimentos coletivos com individualizados e faça visitas domiciliares. Os atendimentos coletivos, em estilo de grupo operativo, serão organizados de modo a contemplar uma microárea a cada reunião, para que a capacidade física da unidade não seja esgotada, inclusive com possibilidade de divisão, se o número de interessados for muito grande.

O projeto “Uma apertadinha não dói!” firma o compromisso de aferição da pressão arterial pelo menos quinzenalmente. Essas aferições podem ser realizadas em qualquer horário dentro do funcionamento da unidade, de 7 horas às 16 horas da tarde. Para tal fim, estarão disponíveis na unidade um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, com presença de pelo menos um deles na unidade.

Além disso, todas as quartas-feiras no período na tarde será oferecido momento adicional para que sejam feitos essas aferições, com o auxílio dos estagiários do terceiro período do curso de medicina da Universidade de Itaúna (UIT), que além de aferirem a pressão arterial e registrarem no prontuário e na

caderneta pessoal de aferição, farão reforço das orientações propostas nos projetos “Saúde: A responsabilidade é sua!” e “Movimentar-se é preciso!”.

Somados a esses projetos, será firmada a importância do papel dos agentes comunitários de saúde na informação contínua sobre a saúde aos usuários. Para isso, também englobando os três projetos, serão feitas atividades de educação continuada e capacitação desses membros da equipe no que se refere aos cuidados dos pacientes hipertensos.

### 6.7 Identificação dos Recursos Críticos

Os recursos críticos identificados para a execução das operações. Alguns recursos já estavam disponíveis inicialmente, outros não, porém são essenciais para o desenvolvimento do projeto.

O quadro 2 apresenta esses recursos.

**Quadro 2.** Recursos Críticos para Enfrentamento dos Problemas Apresentados:

Operação/ Projeto	Recursos Críticos
<p>“Saúde: A responsabilidade é sua!” - Disponibilizar espaço para que os pacientes assistam às palestras e compartilhem experiências, tornado-se um ambiente agradável e acolhedor.</p>	<p>Político: Apoio da gestão.</p> <p>Organizacional: Agenda previamente definida para realização das atividades propostas.</p> <p>Econômicos: Materiais para capacitação da equipe, recursos audiovisuais e escritos, número necessário de cadeiras, produtos para o lanche.</p>
<p>“Movimentar-se é preciso!” – Promover orientações teóricas e estímulo prático a adoção de alterações de hábito de vida.</p>	<p>Político: Apoio da gestão.</p> <p>Humano: Obter, junto à secretaria municipal de saúde, a disponibilização do profissional educador físico no mínimo três vezes por semana e do nutricionista, uma vez por semana.</p> <p>Econômicos: Panfletos, cartilhas e cartazes. Aquisição de painéis para auxiliar a visualização de imagens. Mais equipamentos para exercícios de resistência na academia ao livre.</p>

**Quadro 2.** Recursos Críticos para Enfrentamento dos Problemas – CONTINUAÇÃO

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<p>“Uma apertadinha não dói!”            - Estimular a aferição regular da pressão arterial, assim como o seu registro em prontuário.</p>	<p>Econômicos: Estetoscópios e esfigmomanometro de melhor qualidade e devidamente calibrados.</p> <p>Organizacional: Local adequado, silencioso e calmo para realização de aferição.</p> <p>Humano: Maior número de técnicos em enfermagem.</p>

**6.8 Análise da Viabilidade do Plano**

Infelizmente, a implantação dos projetos de intervenção não será possível sem o apoio de esferas superiores da coordenação da ESF. Foram então identificados os profissionais cujo apoio seria estritamente necessário para a viabilidade do projeto, assim como sua posição em relação ao plano, além de estratégias que poderiam ser traçadas para adquirir a adesão dos mesmos. No quadro abaixo estão demonstradas essas ações.

**Quadro 3.** Proposta de Ação para Motivação dos Envolvidos.

OPERAÇÕES / PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS
		Quem Controla	Motivação	
“Saúde: A responsabilidade é sua!”	<p>Político: Apoio da gestão.</p> <p>Organizacional: Agenda previamente definida para realização das atividades propostas.</p> <p>Econômicos: Materiais para capacitação da equipe, recursos audiovisuais e escritos, número necessário de cadeiras, materiais para lanche.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Coordenador Geral dos PSF.</p> <p>Equipe da UBS Pio XII.</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p>	Apresentação do projeto para a SMS e Coordenador Geral dos PSF.
“Movimentar-se é preciso!”	<p>Político: Apoio da gestão.</p> <p>Humano: Obter, junto a SMS a disponibilização do educador físico no mínimo três vezes por semana e da nutricionista, uma vez por semana.</p> <p>Econômicos: Confecção de panfletos, cartilhas e cartazes. Aquisição de painéis para auxiliar a visualização de imagens. Mais equipamentos para exercícios de resistência na academia ao livre</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Coordenador Geral dos PSF.</p> <p>Nutricionista e Educador físico.</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p>	Apresentação do projeto para a SMS e Coordenador Geral dos PSF.

**Quadro 3.** Proposta de Ação para Motivação dos Envolvidos – CONTINUAÇÃO

OPERAÇÕES / PROJETOS	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS
		Quem Controla	Motivação	
“Uma apertadinha não dói!”	<p>Político: Apoio da gestão.</p> <p>Econômicos: Estetoscópios e esfigmomanômetro de melhor qualidade e devidamente calibrados.</p> <p>Organizacional: Local adequado, silencioso e calmo para realização de aferição.</p> <p>Humano: Maior número de técnicos em enfermagem e estagiários do curso de medicina.</p>	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Coordenador Geral dos PSFs.	Indiferente	Apresentação do projeto para a SMS e Coordenador Geral dos PSFs.
		Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Faculdade de Medicina da Universidade de Itaúna.	Favorável	

### 6.9 Elaboração do Plano Operativo:

Para cada fase dos projetos designou-se responsáveis e estabeleceu-se um tempo limite para a elaboração de cada operação.

O quadro abaixo destaca o que foi estabelecido para o Plano Operativo:

**Quadro 4.** Elaboração do Plano Operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Profissionais Envolvidos</b>	<b>Prazo</b>
“Saúde: A responsabilidade é sua!”	-Melhorar adesão dos hipertensos ao esquema terapêutico proposto através da informação e individualização dos casos.	-Uso regular e contínuo dos anti-hipertensivos pelos pacientes - Equipe apta a oferecer assistência individualizada ao hipertenso. -Distribuir anti-hipertensivos dentro da UBS.	Apresentar o projeto para a SMS e Coordenador Geral dos PSF	Coordenador dos PSF Lilian, médico Paulo, enfermeira Flávia.	Dois meses para organizar e implantar a agenda, e confecção de material para palestras e até três meses para iniciar as atividades.
“Movimentar-se é preciso!”	-Pacientes conscientes da importância da prática de atividades físicas e dieta. -Redução do sedentarismo, peso, IMC e medida de circunferência abdominal.	-Orientações educativas na UBS e durante visitas domiciliares -Atividades práticas na rua e academia ao ar livre.	Apresentação do projeto para a SMS e Coordenador Geral dos PSF.	Coordenadora dos PSF Lilian. Equipe da ESF Pio XII, Nutricionista Caroline, Educador físico Vinícius.	Dois meses para organizar as atividades práticas, panfletos e palestras pelo educador físico nutricionista. E até dois meses para iniciar as atividades.
“Uma apertadinha não dói!”	-Aferição ao menos quinzenal dos níveis pressóricos. -Registro dos níveis pressóricos em prontuário e cardenetas de aferição.	-Incorporação da aferição da pressão arterial e registro dos níveis pressóricos à rotina da UBS.	Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Coordenador Geral dos PSF, Coordenação de medicina da UIT.	Coordenadora dos PSF Lilian, médico Paulo, enfermeira Flávia, técnicas Andrezza e Loudres, estagiários de medicina da UIT.	Início imediato.

## 6.10 Gestão do Plano

Elaborado o plano de intervenção, este deve ser acompanhado periodicamente e avaliado para observar se as ações previamente elaboradas estão sendo aplicadas e se realmente há viabilidade da implantação do mesmo, ou seja, se os recursos financeiros, humanos e o esforço técnico justificam os resultados obtidos. Todos os projetos elaborados são de minha responsabilidade, desde a elaboração, acompanhamento e verificação de resultados, assim como estabelecer novos prazos ou adequar medidas pré-definidas com o objetivo de melhorar a eficácia da intervenção. A partir da data prevista de início de cada projeto, será feito controle trimestral de cada fase, considerando o Quadro 5 abaixo.

**Quadro 5** - Acompanhamento do Plano de Ação.

<b>Operação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação Atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
“Saúde: A responsabilidade é sua!”	Médico Paulo Henrique Medeiros (CRM: MG 52592)	Três meses			
“Movimentar-se é preciso!”	Médico Paulo Henrique Medeiros (CRM: MG 52592)	Dois meses			
“Uma apertadinha não dói!”	Médico Paulo Henrique Medeiros (CRM: MG 52592)	Início Imediato			

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Hoje, existe grande quantidade de informações e conhecimento sedimentado a respeito de prevenção e tratamento da hipertensão arterial devido a sua alta prevalência e morbimortalidade.

Entretanto, mesmo diante dos avanços no conhecimento e acesso ao tratamento, como a implantação da Atenção Básica e Programa de Farmácia Popular, observa-se ainda um nível de controle pressórico muito aquém do desejado e recomendado.

O mau controle da hipertensão arterial é devido a uma soma de fatores cujos principais agentes são o próprio paciente e a equipe que o assiste, demonstrando grande deficiência em ambos.

Este projeto de intervenção objetiva potencializar a capacidade de atendimento da unidade, utilizando seus recursos muitas vezes ociosos e ao mesmo tempo responsabilizar os pacientes pelo seu próprio tratamento.

Espera-se que com a implantação desse projeto, as práticas educativas em saúde passem a fazer parte da rotina das UBS. Espera-se também uma maior dedicação dos agentes da administração superior em saúde na adoção de medidas de controle efetivo da hipertensão arterial.

Muito há o que se fazer, entretanto mesmo a adoção de pequenas medidas quando somadas, alteram a qualidade e aumentam a longevidade vivida com qualidade, pelos usuários hipertensos.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C. *et al.* Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 3; Jun. 2003.

ARAÚJO, L.; SILVA, E. **Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás**. Tempus Acta de Saúde Coletiva. Brasília, v.4, n.3; Dez. 2010.

BLOCH, K. V. *et al.* Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos residentes e validação de três métodos indiretos de avaliação de adesão. **Cad. Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2979-2984; dez, 2008.

BORGES, J. W. P *et al.* **Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial**. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1077-83; 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. Manual de Operação. **Hiperdia-Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos**. Brasília: Ministério da Saúde: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica; Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. **Secretaria de Vigilância e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 66p.

CORNELLISEN, V. A.; FAGARD, R. H. Effect of resistance training on resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. **J Hypertens**, v.23; 2005.

FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. **Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v.12, p. 930-36; 2011.

GILSOGAMO, C. A. *et al.* Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. **Rev. Bras. Med. Fam.** Rio de Janeiro, v.4, n.15; out/dez; 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico: Brasil.** Rio de Janeiro, IBGE; 2010.

JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.88, n. 4, p 452-57; abril de 2007.

LYRA, J. D. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.14, n.3; 2006.

LOPES, H. F. *et al.* Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** São Paulo, v.13, n.1, p148-153; 2003.

LOPES, M. T. A. **Baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial pelos idosos – elaboração de um plano de ação.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde da Família. Araçuaí, 2012. 32f. Monografia. (Especialização em Saúde da Família).

MACIEL, E. A. M. **A não adesão ao tratamento da hipertensão por pacientes trabalhadores.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Brumadinho, 2012.

MIO, D. Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia.** 2002.

NEVES, M. F. *et al.* Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Brasil. Medic.**, v.62, n.12, p.152-162; 2005.

NEVES, R. F. **Reorganização da assistência: um olhar voltado para o idoso.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Atenção em Saúde Coletiva. Brasília de Minas; 2012.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão.** São Paulo – SP, 2011.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial.** Acta Paul. Enferm., São Paulo , v. 26, n. 2, p 179-84; abril 2013.

OPARIL, S. **Hipertensão Arterial.** In: **Goldman L, Bennet JC, organizadores. Cecil – Tratado de Medicina Interna.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan: p. 289-92. 2001.

PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 33-39; janeiro 1998.

SÁ, S. P. C. **A influência dos profissionais de saúde na administração de medicamentos ao idoso.** Enfermagem Atual. Rio de Janeiro, p.27-31; 2003.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** São Paulo: 2006. 79p.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** São Paulo: 2010.

SILVA, C. S. *et al.* **Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da atenção primária à saúde.** Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 584-90; junho 2013.

SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica;** 2013. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em 07 de dezembro de 2013.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.