

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

RUDI BANDIERA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PAULO VI NO MUNICÍPIO DE
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2017**

RUDI BANDIERA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PAULO VI NO MUNICÍPIO DE
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS
2017**

RUDI BANDIERA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PAULO VI NO MUNICÍPIO DE
CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 23 /01/2017.

DEDICATÓRIA

A Deus pela sua infinita misericórdia e a minha querida família, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre esteve comigo nos momentos alegres, de aflição e tristezas.

Aos meus familiares que souberam entender minhas ausências e me deram o apoio, carinho e amor que tanto precisava.

A minha orientadora pelo apoio, sabedoria no ensinar e dedicação e esmero na difícil arte de educar.

Enfim, a todos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

RESUMO

O acompanhamento periódico dos pacientes hipertensos representa uma etapa importante no trabalho da Estratégia Saúde da Família uma vez que permite aos integrantes da equipe de saúde um contato mais próximo com os usuários, conhecimento da realidade deles e construção de vínculos. O diagnóstico situacional feito na nossa área de abrangência mostrou a falta de adesão ao tratamento dos usuários com hipertensão. O objetivo deste trabalho foi o de elaborar plano de intervenção para a melhor adesão medicamentosa dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica na microárea da Estratégia Saúde da Família Equipe Paulo VI, em Conselheiro Lafaiete. O plano de intervenção foi proposto com base no Planejamento Estratégico Situacional e de revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: atenção primária à saúde, hipertensão e adesão. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde. Pode-se concluir o quanto é necessário a elaboração de projetos bem como o conhecimento dos problemas vivenciados pelo usuário e pela estratégia de saúde de família. Espera-se que este trabalho contribua com a melhor saúde dos usuários, com a formação de todos os profissionais que se disponham tomar parte na resolução de complexos problemas, fazendo, por consequência, do cuidado uma realidade.

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

ABSTRACT

The periodic follow-up of hypertensive patients represents an important step in the work of the Family Health Strategy, since it allows the members of the health team a closer contact with the users, knowledge of their reality and the building of links. The situational diagnosis made in our area of coverage showed the lack of adherence to the treatment of users with hypertension. The objective of this work was to elaborate an intervention plan for the better drug adherence of patients with systemic arterial hypertension in the micro area of the Family Health Strategy Team Paulo VI, in Conselheiro Lafaiete. The intervention plan was proposed based on the Situational Strategic Planning and literature review in the Virtual Health Library (VHL), with the descriptors: primary health care, hypertension and adherence. Programs of the Ministry of Health have also been researched. It is possible to conclude how much it is necessary to elaborate projects as well as the knowledge of the problems experienced by the user and the strategy of family health. It is hoped that this work contributes to the better health of the users, with the training of all the professionals who are willing to take part in the resolution of complex problems, making, consequently, the care a reality.

Key words: Primary Health Care. Hypertension. Accession

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVO.....	12
4 METODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERENCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

Conselheiro Lafaiete é uma cidade com aproximadamente 124.000 habitantes que se apresenta como polo de cidades do interior e funciona como macrorregião de 26 cidades de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014)....

A primeira notícia que se tem da história de Conselheiro Lafaiete, uma das cidades mais antigas de Minas Gerais, é por volta de 1683, dada pela bandeira de Garcia Rodrigues, que fala no arraial de garimpeiros e índios chamado Campo Alegre dos Carijós. Esses carijós, pertencentes ao grupo linguístico tupi-guarani, tinham vindo do litoral fluminense, fugindo às hostilidades de outras tribos e às maldades dos caçadores de escravos (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAFAIETE, 2002).

No arraial, os índios carijós plantaram, levantaram choças e a vida decorria tranquila até que, na última década do Século XVII, começou a corrida em busca de riquezas nas minas auríferas da região. O arraial de Carijós era a passagem obrigatória para Itaverava, Guarapiranga, Mariana e Catas Altas. Tornou-se pouso para os viajantes e armazém de mercadorias (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAFAIETE, 2002).

Em 1694, foi erguida uma capela ou igreja de pau-a-pique, dedicada ao culto da Imaculada Conceição, provavelmente onde hoje é a Praça Nossa Senhora do Carmo (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE, 2002).

O nome Conselheiro Lafaiete passou a vigorar a partir de 27 de março de 1934, em homenagem a Conselheiro Lafayette Rodrigues Pereira, quando se comemoravam o centenário de seu nascimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE, 2002).

Em relação ao sistema de saúde, Conselheiro Lafaiete possui cinco hospitais, sendo o maior e o mais bem equipado o Hospital e Maternidade São José. Possui uma policlínica municipal, vários centros de saúde, mais de 25 postos de saúde, clínicas e médicos particulares, postos odontológicos, ambulâncias, farmácias etc. O Programa Saúde da Família atende quase 100% da população lafaietense.

Além de se ter um hospital voltado para emergências de ordem cirúrgica e ortopédica, e Hospital Maternidade, onde a *priori* são orientadas transferências que necessitam de um serviço de maior complexidade. Possui um hospital referência

para pediatria, Hospital São Vicente, voltado para internações de idosos, Hospital São Camilo, um hospital voltado para gestantes, Hospital Queluz e uma unidade de pronto atendimento que serve como baliza para acessar esses hospitais, que se chama Policlínica de Conselheiro Lafaiete (IBGE, 2014).

Dentre os princípios doutrinários, observamos dentro do pragmatismo cotidiano a construção do universo Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da comunidade Paulo VI. Importante e de fundamental relevância para a consolidação da democracia sem acepção ou qualquer discriminação, a universalidade chega aos 3000 moradores da comunidade que são atendidos pela nossa equipe.

Como principais problemas encontrados na equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio do diagnóstico situacional feito como atividade do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) temos: a falta de adesão do tratamento medicamentoso pelos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS), além da ausência de visitas domiciliares a pacientes com comorbidades afim da integralização de toda população adstrita. O problema escolhido como primeira prioridade foi a falta de adesão do tratamento medicamentoso pelos pacientes com HAS.

A unidade de saúde da família Programa Saúde da Família (PSF) Paulo VI tem uma população de 2900 habitantes, com 699 famílias cadastradas, dos quais 179 são portadores de hipertensão arterial, sendo um problema identificado a falta de adesão ao tratamento por parte da maioria dos pacientes. A adesão ao tratamento é prioridade, já que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Tendo em conta esta problemática foi que decidimos fazer um plano de intervenção para interferir nas causas e consequências relacionadas a não adesão ao tratamento de hipertensão arterial em nossa área de abrangência.

A unidade básica de saúde (UBS) recebe todo o fluxo de atendimento da demanda espontânea e programada. Como consequência, a ampla procura para atendimento de consultas espontâneas prejudica o funcionamento de toda agenda programada voltada para prevenção, promoção e realização de visitas domiciliares. Dá-se ênfase para tratamentos de doenças agudas e crônica-agudizadas.

O acompanhamento pelo médico de pacientes com doenças crônicas como, por exemplo, diabéticos e hipertensos fica comprometido pela alta demanda e, conseqüentemente, pacientes tornam-se vulneráveis ao aparecimento de comorbidades. Visando minimizar essa vulnerabilidade será elaborado um plano de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

O acompanhamento periódico dos pacientes hipertensos representa uma etapa importante no trabalho da ESF, pois é o momento em que o médico e demais integrantes da equipe de saúde possuem para interagir com sua realidade, momento de comunicação e da criação de vínculo, de avaliar o ambiente em que o paciente se encontra inserido, de iniciar busca ativa de fatores que propiciam ou não a adesão do paciente ao tratamento.

A realização do trabalho de acompanhamento dos pacientes, como mencionado acima, é de grande importância para controle e estabilização da doença devido às complicações crônicas como acidente vascular isquêmico, infarto agudo do miocárdio, além da probabilidade maior para desenvolvimento de doenças cardiovasculares quando descompensado e sem acompanhamento clínico.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.57) “um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso”.

É um problema marcante no trabalho da equipe de saúde da família o grande número de usuários da unidade que não fazem o controle adequado da hipertensão pela falta de adesão ao tratamento tanto medicamentoso como não medicamentoso, justificando-se assim a elaboração deste plano de intervenção.

3 OBJETIVO

Elaborar plano de intervenção para a melhor adesão medicamentosa dos pacientes com HAS no território da ESF Equipe Paulo VI, Conselheiro Lafaiete.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção foi proposto a partir do diagnóstico situacional e da detecção do problema de falta de adesão ao tratamento dos usuários com hipertensão da ESF Equipe Paulo VI, em Conselheiro Lafaiete.

Para fundamentar o plano inicialmente foi realizada revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: atenção primária à saúde, hipertensão e adesão. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde.

O plano de intervenção foi elaborado em conjunto com todos integrantes da ESF, e norteado pelos passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) trabalha com quatro momentos de planejamento:

- Momento Explicativo: É o momento de identificar, selecionar (valorizando, priorizando e escolhendo), descrever e explicar problemas, apresentando e selecionando os nós críticos. Estes são a causa do problema que tem três características: causa cuja solução terá impacto na solução ou minimização do problema; causa cuja solução haja disponibilidade de recursos políticos, administrativos e técnicos e causa cuja solução contribui para a solução de outras causas problemas.
- Momento Normativo: estabelecem-se os objetivos em função de cada problema ou grupo de problemas. A partir dos objetivos, devem-se estabelecer as metas e as linhas de ação para cada objetivo específico. Ainda neste momento, são identificados e quantificados os recursos necessários à realização das ações.
- Momento estratégico: é o momento de analisar que algumas operações poderão ser altamente conflitivas do ponto de vista político, muito exigentes do ponto de vista econômico, ou demandante de tecnologia de elevada complexidade.

Momento Tático Operacional: o plano se completa na ação, nunca antes. Somente a ação muda a realidade. É o momento de execução do plano e

organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação. É o momento de monitorar as operações e avaliar continuamente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Nobre *et al.* (2010), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser definida como uma afecção clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, fazendo com que seja um dos principais fatores de risco modificáveis relacionados às Doenças Cardiovasculares.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010) definem HAS como uma condição clínica proveniente de vários fatores e se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial igual ou maior que 140X90mmHg. Normalmente, a HAS está associada a alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins, gerando condensação e perda de elasticidade das paredes dos vasos sanguíneos. Também se associa às alterações metabólicas, aumentando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Ainda segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a hipertensão arterial tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A elevação da PA a partir de 115X75mmHg de forma linear, contínua e independente pode aumentar a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) .

A pressão arterial eleva-se com a idade, independente do sexo, porém o intercâmbio entre idade e sexo determina diferenças nas taxas de prevalência. A hipertensão arterial atinge mais frequentemente o homem até os 50 anos e, após esta idade, a prevalência na mulher aumenta, possivelmente pela redução da atividade estrogênica, o que aumenta a morbimortalidade por doença cardiovascular (DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSAO ARTERIAL, 2006).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, principalmente para as mulheres, atingindo mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade.

A prevalência estimada da HAS em Minas Gerais é de 22% na população igual ou maior a 20 anos de idade (MINAS GERAIS, 2010). Além disso, essa afecção é considerada um dos principais problemas de saúde pública devido à alta prevalência.

Para nós da atenção básica, torna-se preocupante e impõem desafios o controle e o acompanhamento efetivo de pacientes com hipertensão.

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013, p.21).

Assim, o cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional, objetivando, com o tratamento, a conservação de níveis pressóricos controlados de acordo com as especificidades de cada paciente com vistas à redução do risco de doenças cardiovasculares, diminuição da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida da mesma (BRASIL, 2010).

Entretanto, um dos grandes problemas identificados em relação ao tratamento e controle da HAS é a não adesão ao tratamento. Giroto *et al.* (2013) dizem que um dos maiores desafios no combate à hipertensão arterial ainda se deve à não adesão ao tratamento.

São diversos os fatores que colaboram para a falta de adesão ao tratamento como as dificuldades financeiras, grande número de medicamentos prescritos e seus efeitos colaterais, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a não criação de vínculos entre médico-paciente, bem como a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (GIROTO *et al.*, 2013; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Também as VI Diretrizes de Hipertensão (2010, p. 30) definem como principais fatores decisivos da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo:

Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; Baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima; Relacionamento inadequado com a equipe de saúde; Tempo de atendimento prolongado, dificuldade na marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço; Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis; Interferência na qualidade de vida após início do tratamento.

Lessa (2001) alerta para o fato de que apenas diagnosticar a Hipertensão Arterial não é suficiente, uma vez que o mais importante é o tratamento e o paciente manter total adesão a ele com vistas ao controle da HAS. Busca-se, por meio dessas medidas não somente o controle da HAS, mas também a redução do impacto social, diminuição dos custos para a pessoa hipertensa, família, sociedade,

sistemas de saúde, dentre outros e a possibilidade da melhora da qualidade de vida.

Destaca-se, ainda, que para o controle da Hipertensão Arterial é condição indispensável à participação ativa do paciente e colaboração da família, bem como a coparticipação dos profissionais da saúde e a efetivação das diretrizes emanadas dos programas de saúde (LESSA, 2006).

Prosseguindo, Lessa (2006) afirma que é importante ressaltar que diversos fatores de riscos para a HAS são modificáveis, facilitando, portanto, evitando as possíveis complicações decorrentes dela.

A adesão ocorre quando o paciente está suficientemente motivado a aderir ao tratamento prescrito devido à percepção dos benefícios e resultados positivos. O termo sugere que o doente assume participação em seu tratamento como agente, em contraposição a paciente, termo este associado à ideia de passividade (REBOLHO, 2008, p. 36).

Segundo Naves (2008), a não adesão demonstra um comportamento que não condiz com o que os profissionais da saúde recomendam. Existem várias formas de não adesão ao tratamento, que podem ser: tomar maior quantidade de medicamento do que a indicada, não tomar a quantidade prescrita dos medicamentos, tomar medicamentos que não foram prescritos e não seguir o intervalo correto entre as doses.

Ainda de acordo com Naves (2008), o não comparecimento às consultas médicas e a não aceitação na mudança do estilo de vida que são recomendadas também pode ser considerado como não adesão. Quando o tratamento torna-se complexo e longo a adesão ao tratamento diminui.

Para Rebolho (2008), o tratamento da hipertensão, geralmente é iniciado com uma terapia não medicamentosa, com uma mudança no estilo de vida, com o aumento de atividade física, redução de peso, alimentação saudável, diminuição do estresse. A vida do paciente deve ser avaliada, para um melhor planejamento do tratamento.

O paciente tem que ter consciência de que ele deve ser o responsável por seu próprio tratamento e pelas mudanças necessárias no estilo de vida. O paciente deve ser ativo e colaborativo junto aos profissionais de saúde para que se atinjam os

objetivos do tratamento. Este procedimento deve fazer parte da vida do paciente para uma eficaz adesão (MOURA *et al.*, 2015).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como citado na metodologia deste trabalho, este plano segue alguns passos indicados do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe ESF Paulo VI selecionou como “nós críticos” as causas relacionadas com o problema principal, isto é, a falta de adesão do tratamento medicamentoso pelos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre este.

A seguir, têm-se os “nós críticos” identificados pela equipe de saúde da ESF Paulo VI.

- Demanda espontânea acentuada;
- Inexistência de uma agenda que contemple as necessidades da população;
- Não adesão ao tratamento hipertensão.

A seguir serão demonstradas no quadro 1 as operações para os “nós críticos” da HAS

Quadro 1- Operações para o nós críticos

Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Demanda Espontânea acentuada			
Controlando Estabilizar doenças crônicas	Controle de doenças crônicas agudizadas	Menor procura da UBS para consultas	Cognitivo: elaboração de projeto voltado á prevenção Financeiro: capacitação de cursos para profissionais de saúde e distribuição de medicamentos
Saber melhor Aumentar o conhecimento da população alvo	Maior qualidade de vida; Maior conhecimento das doenças	Menor procura da UBS para consultas	Cognitivo: informações sobre as patologias, elaboração e gestão de oficinas operativas. Político: decisão de recursos para estruturar o serviço Financeiro: para recursos audiovisuais, panfletos educativos, aquisição de equipamentos.
Orientando-se Capacitação dos Agentes de saúde	Melhor diálogo e compreensão dos agentes para com a população	Adesão integral da população ao tratamento	Cognitivo: informações para persuasão e conhecimento Financeiro: para cursos de capacitação

Inexistência de uma agenda organizacional			
Agenda ativa Criação de agenda mensal para ESF	Organização de horários; Desenvolvimento de fluxograma para atendimentos/ visitas	Visita domiciliar médica periódica assegurada para pacientes necessitados	Administrativo: participação ativa dos integrantes da equipe
Ausência da classificação de pacientes portadores de comorbidades			
Cadastro operante Cadastramento e classificação dos hipertensos	Conhecimento de todos os pacientes hipertensos bem como classificação e avaliação dos principais fatores de risco para complicações	Visita domiciliar médica de acordo com classificação e necessidade de cada pessoa hipertensa.	Cognitivo: informação sobre o tema propostos Organizacional: tempo destinado para classificação e avaliação dos principais fatores de risco para complicações

No Quadro 2 estão disponibilizadas as propostas de ação, os recursos críticos e os atores que o controlam.

Quadro 2 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Controlando Estabilizar doenças crônicas	Financeiro - para capacitação de cursos profissionais e aquisição de medicamentos Políticos - decisão de recursos para estruturar o serviço.	Administrativo; Secretaria de Saúde; Executivo	Motivação Indiferente Contrário	Apresentar o projeto para o executivo e a secretaria de saúde
Saber melhor Aumentar o conhecimento da população alvo	Financeiro - para aquisição de equipamentos e panfletos educativos.	Secretaria de Saúde	Favorável	Não é necessário
Orientando-se Capacitação dos Agentes de	Financeiro - para realização de cursos de capacitação	Secretaria de Saúde Executivo	Favorável Contrário	Apresentação para viabilidade do projeto

saúde				
Agenda ativa Criação de agenda mensal para ESF	Administrativo - para participação ativa dos integrantes da equipe	Secretaria de Saúde	Favorável	
Cadastro operante Cadastramento e classificação dos hipertensos	Organizacional - para tempo destinado para realização desse projeto	Secretaria de Saúde	Indiferente	Apresentar o projeto demonstrando sua importância na qualidade de vida da população

A Equipe ESF Paulo VI, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro 3.

Quadro 3- Plano Operativo

Operações	Resultados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Controlando	Controle de doenças crônicas agudizadas	Apresentar o projeto para o executivo e a secretaria de saúde	Enfermeira e médico	Apresentar o projeto: oito meses Início das atividades: dois meses
Saber melhor	Maior qualidade de vida; Maior conhecimento das patologias	Não é necessário	Enfermeira e médico	Início das atividades: em seis meses
Orientando-se	Melhor diálogo e compreensão dos agentes para com a população	Apresentação para viabilidade do projeto	(Enf. Chefe)	Apresentar o projeto em cinco meses Início das atividades em dois meses
Agenda ativa	Organização de horários; Desenvolvimento de fluxograma para atendimentos/visitas.	Não é necessário	(Enf. Chefe)	Início das atividades em um mês
Cadastro	Conhecimentos de todos	Apresentar o projeto		Apresentar projeto em 08

<i>operante</i>	os pacientes hipertensos bem como classificação dos mesmos	demonstrando sua importância na qualidade de vida da população	Médico	meses e início das atividades em três meses
------------------------	--	--	--------	---

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados levantados foi possível concluir o quanto é necessário à elaboração de projetos bem como o conhecimento dos problemas vivenciados pelo usuário e pela estratégia de saúde de família e a complexidade de resolução uma vez que, alguns desses necessitem de soluções além de nossa viabilidade.

Apesar da disponibilidade de diversas terapias efetivas para o tratamento da hipertensão arterial, esta permanece sendo uma enfermidade pouco controlada. Este fato é confirmado pelo dado de que somente um terço dos pacientes tratados tem sua pressão arterial adequadamente controlada.

A baixa adesão à terapia constitui o maior desafio terapêutico, contribui para a falta do controle adequado da pressão arterial e é o principal motivo do fracasso no controle da hipertensão naqueles que utilizam medicamentos. Várias estratégias podem aumentar significativamente a adesão.

A identificação dos fatores que determinam a não adesão ao tratamento é de vital importância para a aplicação de estratégias terapêuticas e obtenção de resultados satisfatórios.

Com isto, pode-se afirmar que são significativos os índices de adesão ao tratamento da hipertensão arterial, mas que a falta de dieta alimentar e de exercícios físicos requerem atividades voltadas para a educação dos pacientes.

Esperamos que este trabalho contribua ante esta situação, facilitando a formação de todos os profissionais que, em algum momento, queiram assumir esta responsabilidade e estejam dispostos a tomar parte na resolução de complexos problemas, fazendo, por consequência, do cuidado uma realidade.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa como doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010**: Rename 2010. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27)

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

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n.1, 2006.

GIROTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T.. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.

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

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

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens** v. 8, n.4, p.383-392, 2001.

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

MOURA, A. A.; GODOY, S.; TOGNOLI, S. H.; MENDES, I. A. C.. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v.9,n.4, p.7420-30, abr., 2015

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Redes Assistenciais. Coordenadoria da Rede de

Hipertensão e Diabetes. **Estratificação de risco**. 2010 Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/> Acesso em: 04 novembro. 2016.

NAVES, J. O. S. **Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Distrito Federal**. [Dissertação]. Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 95, p. 1–51, 2010

PREFEITURA MUNICIPAL DE LAFAIETE. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Departamento de Cultura. História de Conselheiro Lafaiete, MG, 2002.

REBOLHO, A. Atenção Farmacêutica ao paciente hipertenso: uma abordagem na adesão ao tratamento. **Infarma**. v. 14, n.11/12, p. 36-9, 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>