

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

SAMUEL MILANEZ DE CARVALHO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE SABARÁ-MINAS GERAIS**

SABARÁ - MINAS GERAIS

2017

SAMUEL MILANEZ DE CARVALHO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE SABARÁ-MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa.

SANTA LUZIA / MINAS GERAIS

2017

SAMUEL MILANEZ DE CARVALHO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DE SABARÁ-MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Doutora Eliana Aparecida Vila

Examinador 2 – Professora Mestre Zilda Cristina dos Santos

Aprovado em Belo Horizonte, 20 de novembro de 2017.

RESUMO

A transição demográfica pela qual passa o Brasil, traz consigo uma modificação no padrão de adoecimento e mortalidade da população. Neste contexto, é possível identificar uma intensificação da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e consequente impacto na mortalidade por causas cardiovasculares, tendência também observada no município de Sabará – MG. Dessa forma, a instituição de um tratamento adequado, seja medicamentoso ou não, constitui estratégia fundamental para aumentar a qualidade de vida e longevidade dessa população; porém, na prática diária, é possível observar que a adesão a esses tratamentos está prejudicada em grande parte das vezes, por múltiplos fatores. Apesar do arsenal terapêutico e do conhecimento avançado sobre sua fisiopatologia, o tratamento anti-hipertensivo está longe do que se considera adequado. Seguindo essa linha, este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de intervenção que visa aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo na comunidade de General Carneiro no município de Sabará, Minas Gerais. Para isso, foi realizado um diagnóstico situacional, através de estimativa rápida, seguido da elaboração de um Planejamento Estratégico em Saúde. Foi realizada uma revisão da literatura acerca das principais dificuldades que envolvem a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, visando subsidiar a construção de um plano de intervenção para o problema. Os nós críticos levantados, bem como as operações propostas foram revisadas em conjunto com a equipe, analisadas a aplicabilidade e as atribuições de função. Também foi realizado um cronograma para acompanhar o desenvolvimento das ações e a possível necessidade de reelaboração de estratégias específicas frente a dificuldades não previstas. Desse modo, espera-se estabelecer uma maior proximidade do usuário hipertenso junto à Unidade Básica de Saúde, aumentando assim, o índice de adesão da população hipertensa ao tratamento, de maneira que as ações terapêuticas possam surtir o efeito desejado.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária em Saúde, Hipertensão.

ABSTRACT

The demographic transition through which Brazil passes, brings with it a change in the pattern of illness and mortality of the population. In this context, it is possible to identify an intensification of the prevalence of chronic noncommunicable diseases and consequent impact on mortality due to cardiovascular causes, a tendency also observed in the city of Sabará - MG. Thus, the institution of an appropriate treatment, whether medicamentous or not, is a fundamental strategy to increase the quality of life and longevity of this population; However, in daily practice, it is possible to observe that adherence to these treatments is sometimes hampered by multiple factors. Despite the therapeutic arsenal and advanced knowledge about its pathophysiology, antihypertensive treatment is far from what is considered adequate. Following this line, this work aims to develop an intervention plan that aims to increase patients' adherence to antihypertensive treatment in the community of General Carneiro in the city of Sabará, Minas Gerais. For this purpose, a situational diagnosis was made through a rapid estimate, followed by the elaboration of a Strategic Health Planning. A review of the literature on the main difficulties involved in adherence to antihypertensive treatment was done, aiming to subsidize the construction of a Intervention plan for the problem. The critical nodes surveyed, as well as the proposed operations were reviewed together with the team, analyzing applicability and function assignments. A schedule was also drawn up to monitor the development of actions and the possible need to re-elaborate specific strategies in the face of unforeseen difficulties. Thus, it is expected to establish a closer proximity of the hypertensive user to the Basic Health Unit, thus increasing the adherence rate of the hypertensive population to the treatment, so that the therapeutic actions can achieve the desired effect.

Key words: Family health strategy. Primary health care. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PSF	Programa Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico em Situacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO.....	13
2) JUSTIFICATIVA.....	16
3) OBJETIVO.....	17
4) METODOLOGIA.....	18
5) REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	20
6) PLANO DE INTERVENÇÃO.....	28
7) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre Sabará –MG

Situada a 18 km da capital Belo Horizonte, a fundação de Sabará está ligada à descoberta de ouro na região, tendo sido fundada em 17 de julho de 1711, quando foi elevada à condição de Vila real de nossa Senhora da conceição de Sabarabuçu. Possui limites territoriais com seguintes municípios: Caeté, Nova Lima, Belo Horizonte, Rapozos, Taguaraçu e Minas e Santa Luzia. A cidade é dividida em sete regionais: Centro, Roça Grande, General Carneiro, Fátima, Anna Lúcia, Borba Gato e Ravena. A população estimada em 2016 é de 135.196 habitantes e, conforme censo de 2016, a população de abrangência da UBS General carneiro é de 11.905 habitantes. ^[1]

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

A rede própria municipal é composta por 16 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Especialidades Médicas (CEM), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) porte III, 01 Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS adulto) , 01 CAPS infantil, 01 laboratório, 01 centro de controle de zoonozes. ^[2]

A Secretaria Municipal de Saúde assumiu gestão plena do sistema de saúde em junho de 2001, passando a ter sob sua gestão dois prestadores de serviço de fisioterapia, 01 clinica de reabilitação, a Santa Casa de Misericórdia de Sabará, o Hospital Estadual Cristiano Machado e um prestador de mamografia. ^[2]

O Município contava, em 2012, com 07 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), hoje conta com 10 equipes completas e 10 incompletas. A proposta atual é transformar todas as unidades básicas em ESF e aumentar sua cobertura para 70 %. Sabe-se que o principal problema de saúde enfrentado pelo município são as doenças do aparelho circulatório, configurando primeira causa de morte e altíssima morbimortalidade na população.

O projeto ‘Mais Médicos’ do Ministério da Saúde contribuiu em grande parte para o aumento da cobertura da atenção básica do município. A ideia de estruturar todas as unidades como ESF é para que possam oferecer à população todas as condições básicas de saúde.

Acredita-se que o fortalecimento do setor, com a ampliação da ESF, garantirá o acesso da população às ações e serviços de saúde, dentro dos princípios da Política Nacional de Humanização, utilizando-se das diretrizes do acolhimento, criação de vínculo, responsabilização, humanização e trabalho em equipe.^[2]

1.3 A Equipe de Saúde de General Carneiro, seu território e população

O número da população cadastrada na UBS General Carneiro através da ficha A é de 5779 habitantes, segundo última contagem em novembro de 2014. Em todas as regiões houve um grande número de negativas quanto ao preenchimento da ficha A, justificando que os dados coletados são apenas uma análise do material do que já se conseguiu desde a implantação do PSF em janeiro de 2014 e não a real população da área de abrangência^[2].

Os dados indicam que a maior população da área de abrangência da UBS encontra-se na faixa etária de 20 a 59 anos, refletindo no alto índice de atendimentos a pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas, tais como Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica, atingindo uma demanda média de 300 pacientes/dia. Existe na unidade 24 grupos de hiperdia com média de 384 pacientes em cada. Após um ano e quatro meses de funcionamento, o PSF constatou que, quando o grupo funciona regularmente o número de pacientes descompensados dentro da unidade que necessitam de intervenções, tais como soroterapia e correção glicêmica, reduz, demonstrando a importância de manter os grupos de educação em saúde.^[2]

Devido ao crescimento desordenado da população, percebe-se que a falta de saneamento básico ainda é uma realidade dentro da área de abrangência, principalmente nos locais conhecidos como “Campo Geração” e “Ipê amarelo”, o que ainda permite que uma carga de doenças infecto-parasitárias esteja presente nos atendimentos de forma frequente. Já no bairro Nações Unidas, observa-se uma população com maior poder aquisitivo, muitos pacientes acamados e idosos, e conseqüentemente, uma carga de doenças crônicas não transmissíveis muito intensa nos atendimentos realizados na unidade de saúde.

2) JUSTIFICATIVA

Discutidos os principais problemas de saúde da população da área de abrangência com a equipe de saúde, chegou-se a conclusão que a baixa adesão ao tratamento anti hipertensivo, constitui um problema central da comunidade no momento. A adesão inadequada ao tratamento anti-hipertensivo se correlaciona com o aumento de doenças agudas do aparelho cardiovascular, agregando à população uma morbi-mortalidade evitável, na maior parte das vezes.

De maneira geral, os pacientes aderem mais facilmente ao tratamento farmacológico em detrimento ao não medicamentoso. Porém, essa adesão parcial ao tratamento medicamentoso, observado em nossa realidade, é insuficiente para um controle adequado da doença na população. Tal fato pode ser constatado na prática diária, pelos altos níveis pressóricos apresentados pelo usuário, a despeito do atendimento integral oferecido na unidade básica de saúde.

Fatores envolvendo a aderência incluem: acessibilidade e disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde, dados demográficos dos usuários, aceitabilidade da medicação, perda do senso de controle sobre o próprio corpo pelos pacientes, atitudes dos amigos e familiares, isolamento social, relação entre o usuário e os profissionais de saúde, regime terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e entendimento da doença e do tratamento.^[3]

Dessa forma, esse projeto tem o objetivo de elaborar um plano estratégico que tenha impacto positivo sobre a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo na população de General Carneiro, em Sabará- MG. A proposta justifica-se devido a constatação, pela equipe de saúde, quanto ao controle insatisfatório dos níveis pressóricos de sua população, associado à elevada incidência de eventos cardiovasculares agudos passíveis de prevenção.

3) OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é elaborar um Projeto de Intervenção que visa aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo na unidade de saúde de General Carneiro, em Sabará-MG.

4) METODOLOGIA

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi desenvolvido em 1989 pelo professor Carlos Matus, que trazia o conceito de planejamento como uma preparação para a ação. Esse método está fundamentado em um tripé que envolve o projeto de governo (que se refere ao plano que uma equipe pretende realizar), a governabilidade (variáveis relacionadas ao planejamento, controladas ou não pela equipe) e a capacidade de governo (diz respeito à experiência da equipe domina necessários para realização de seu plano). O PES propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo^[4]. Sua execução passa por momentos bem definidos e articulados, que compreendem:

1. Momento explicativo. Nessa etapa, o objetivo é identificar e conhecer a situação atual da população, procurando priorizar seus problemas principais.
2. Momento normativo. Aqui, são elaboradas propostas de intervenções para os problemas identificados no momento anterior.
3. Momento estratégico. Constitui em um período chave, em que são avaliados a viabilidade das propostas realizadas e elaboração de estratégias para atingir o objetivo de cada uma delas.
4. Momento tático-operacional; aqui o foco está na aplicação das propostas realizadas.

Levando em consideração os princípios do PES e seus momentos, foi elaborado um planejamento, conforme descrito a seguir, cujo objetivo é elaborar um plano de intervenções para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde de General Carneiro, em Sabará-MG.

Antes de entrar no âmbito do planejamento, entretanto, há de se dispor de uma ferramenta utilizada para obter informações sobre um conjunto de problemas e de seus recursos potenciais para enfrentá-los. Trata-se do método de estimativa rápida, que possui a qualidade pela agilidade e fácil aplicabilidade, além de envolver diferentes atores sociais e pelo caráter participativo. Em reunião com usuários, profissionais e outros elementos sociais envolvidos, foram identificados os principais problemas daquela comunidade, além de outras informações que podem auxiliar no processo de elaboração de um planejamento estratégico.

A identificação dos problemas da população sob a responsabilidade da unidade de saúde constitui a primeira etapa no processo de elaboração de um plano de intervenção. Para ser efetivo, a identificação dos problemas e realização do diagnóstico situacional, bem como a capacidade de enfrentamento realista é um ponto fundamental desse processo^[4]. Levando-se em consideração a alta efetividade, baixo custo e rapidez de aplicação, a estimativa rápida representa um método adequado para coleta de informações que vão subsidiar a elaboração do plano de intervenção proposto nesse trabalho.

Em reunião com os diversos funcionários da unidade básica de saúde e usuários da comunidade, foram apontados diversos problemas que afligem a comunidade; além disso, observações diretas e coletadas em registros de prontuários e outros documentos da unidade foram utilizadas para preencher a lista de problemas da população. Além disso, dados demográficos, estruturais, de saneamento e outros de interesse foram devidamente pesquisados e levados em consideração nessa etapa que, em conjunto, estabeleceu o diagnóstico situacional dessa população.

O diagnóstico situacional foi importante para identificar os problemas da população. Após sua elaboração, foi realizada uma análise das causas, consequências e relações dos principais problemas identificados entre si. Nesse momento, a equipe chegou a conclusão que a adesão inadequada ao tratamento anti-hipertensivo configurava um problema central na comunidade, levando-se em consideração a urgência do problema e a capacidade de enfrentamento pela equipe. A baixa adesão ao tratamento anti- hipertensivo é causa de alta frequência ao serviço de saúde, gastos, demora nos atendimentos, dentre outros, e ao mesmo tempo está relacionada à alta morbimortalidade por doenças cardiovasculares passíveis de prevenção dentro do território.

A descrição desse problema foi realizada de forma observacional, em que se constatou que aproximadamente 40 % dos hipertensos participantes dos 24 grupos de HIPERDIA apresentavam descontrole dos níveis pressóricos.

Em seguida, a explicação do problema contou com uma revisão literária nos bancos de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com os descritores: Hipertensao e Estrategia Saude da Familia. Tal revisão permitiu entender os principais motivos envolvidos na gênese da adesão

inadequada ao tratamento anti-hipertensivo e a partir daí, foi possível identificar os nós críticos relacionados ao problema. Entende-se por nó crítico, a causa sobre a qual è passível de intervenção.

Definidos os nós críticos, a equipe se mobilizou para elaborar um desenho de operações cujo objetivo seria impactar sobre o problema em si, além de identificar os resultados esperados mediante a intervenção proposta e os recursos envolvidos nesse processo. Em seguida foi realizada uma análise de viabilidade, que envolve a governabilidade sobre os recursos necessários para cada intervenção proposta e a motivação individual dos participantes.

Por fim, foi construído um plano operativo, no qual foram designadas funções e prazos para cada intervenção destinadas aos agentes envolvidos, associadas a um plano de gestão de acompanhamento da execução e instrumentos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Pressão arterial pode ser definida como a pressão que o sangue exerce sobre a parede das artérias e pode ser estimada pelo produto do débito cardíaco pela resistência vascular periférica total. Durante o ciclo cardíaco, a pressão arterial atinge valores máximos, pressão sistólica, e mínimos, pressão diastólica. [5]

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, caracterizada pelo aumento persistente e sustentado dos níveis pressóricos. [6,7] Definiu-se como hipertenso, na população adulta, indivíduos cuja pressão arterial sistólica (PAS) e/ou a pressão arterial diastólica (PAD) encontram-se acima ou no mesmo valor do limiar de 140 mmHg e 90 mmHg, respectivamente. [8,9]

O diagnóstico depende basicamente da aferição da pressão arterial, que deve seguir a técnica correta e ser realizada em mais de uma ocasião. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, tomando como base os valores pressóricos obtidos, o indivíduo será classificado quanto à qualidade de sua pressão, como mostra a tabela 1. [7]

Tabela 1 – Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretriz Brasileira de Hipertensão.2006

A HAS é, atualmente, um grave problema de saúde pública em todo o mundo, devido à sua alta prevalência e às baixas taxas de controle, sendo um grande fator de risco para surgimento de outras morbidades e para o aumento da mortalidade.^[8] Em relação às morbidades, podem-se citar: insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, arterial coronariana, renal crônica e arterial periférica.^[6] Segundo Ezzati et al, a pressão não regulada está relacionada, de alguma forma, a 18% de todas as causas de morte em nações industrializadas.^[9]

A literatura indica que os riscos de doença arterial coronariana e de acidente vascular cerebral (AVC) aumentam progressivamente e linearmente de acordo com a elevação da PAS e da PAD, a partir de 115 mmHg e 75 mmHg, respectivamente.^[8] A presença de HAS responderia por cerca de 40% dos acidentes vasculares cerebrais e por cerca de 25% dos eventos de doença arterial coronariana.^[10]

A prevalência de HAS é elevada em todo mundo, estando presente em praticamente todas as populações, exceto em comunidades isoladas como os índios lanomani, índios do Xingu e população rural de Nova Guiné e Quênia.^[11,12] A taxa mundial de indivíduos afetados é estimada em 26,4% e apresenta ampla variação conforme características da população estudada.^[13]

No Brasil, as doenças cardiovasculares correspondem à principal causa de morte, visto que, em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório.^[3] Os custos sócio-econômicos da HAS são também preocupantes, sendo que, em 2009, o gasto apenas com internações devido a doenças cardiovasculares atingiu, no país, R\$165.461.644,33 O manejo adequado da pressão arterial poderia reduzir esses números de forma substancial.^[14]

Estudos estimam que a taxa de prevalência de hipertensão arterial na população brasileira situa-se entre 22,3% e 43,9%, com média de 32,5%.^[8,15] Em indivíduos acima de 50 anos, a taxa é superior a 50% e entre aqueles com mais de 75 anos, superior a 75%.^[8,15]

Em relação à população afetada, a literatura aponta diferenças relacionadas à gênero, idade e etnia. As distinções de gênero são pequenas, embora até os 50 anos a prevalência tenda a ser maior entre homens, sendo que após essa idade as mulheres passam a assumir preponderância na prevalência de hipertensão arterial.^[13] A etnia também se relaciona a presença de hipertensão arterial, sendo

que a prevalência em indivíduos não brancos é duas vezes maior que em brancos.^[16]

O grande desafio na hipertensão arterial sistêmica é o enorme contingente de indivíduos não controlados, apesar da existência de métodos eficazes de tratamento. Mesmo em países com sistema de saúde eficiente, a taxa de controle não atinge a meta estipulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 50%.^[17] Segundo dados de 2004, nos EUA, essa taxa atinge 34% e na Espanha, 40%.^[9,17]

Rosário *et al.* hipotetizam que, no Brasil, os valores são ainda menores, sendo estimado que apenas um terço dos hipertensos sejam regulados.^[14] Pierin e colaboradores apontam, na literatura, uma regra para estimar o número de pessoas controladas de uma população, chamada “Regra da Metade”, que parece valer para a maioria das populações hipertensas. De acordo com essa regra, metade dos hipertensos está ciente de sua condição; desses, 50% se tratam, sendo que destes pacientes, apenas 50% está com a pressão arterial controlada.^[10]

De acordo com a etiologia, cerca de 90% a 95% dos pacientes hipertensos são considerados portadores de hipertensão primária ou essencial, isto é, não possuem causa conhecida para tal doença. Como uma doença complexa, a HAS é multifatorial, poligênica e associada ao estilo de vida do indivíduo.^[16] Sendo assim, embora as causas da hipertensão essencial sejam ainda parcialmente desconhecidas, vários fatores são apontados como implicados no seu desenvolvimento. Esses fatores de risco são basicamente: história familiar de hipertensão, raça, alta ingestão de sódio, alta ingestão calórica, estresse, obesidade, baixa atividade física, alcoolismo, baixa ingestão de potássio e tabagismo.^[18]

A hipertensão secundária é bem menos abrangente, pois atinge cerca de 5% a 10% da população em geral. Diferentemente da hipertensão essencial, esta enfermidade possui gênese identificável. As causas mais comuns relatadas são: coarctação de aorta, malformação renovascular, síndrome adrenogenital, glomerulonefrite, lúpus eritematoso sistêmico, rim policístico, aneurisma da artéria renal, hipertireoidismo, hiperaldosteronismo, doença de Cushing.^[19]

Evidências consideráveis sugerem que o rim tem participação direta ou indireta na fisiopatologia de todas as formas de hipertensão.^[20,21] Normalmente, o sistema renal mantém a pressão arterial dentro de uma faixa de variação muito

estreita, regulando o volume sanguíneo através da conservação ou eliminação de sódio e água. A relação entre pressão arterial e eliminação de sódio e água denomina-se natriurese de pressão.^[18] Quando a pressão arterial cai o rim é estimulado a produzir a enzima renina. Geralmente essa estimulação se deve à diminuição de aporte sanguíneo para o aparelho justaglomerular renal. A renina converte o angiotensinogênio, produzido no fígado, em angiotensina I, que é convertida pela enzima conversora de angiotensina (ECA), produzida no endotélio vascular, em angiotensina II. Essa substância é um potente vasoconstritor e, além disso, estimula a secreção do hormônio aldosterona pela glândula supra-renal, o qual atuará no rim otimizando a absorção de água e sódio^[22]. Por outro lado, uma elevação da pressão arterial sinaliza para este órgão a necessidade de diminuição da produção de renina, o que culmina na redução da ativação do sistema renina/angiotensina/aldosterona.

No entanto, deve-se tomar muito cuidado quando se relaciona hipertensão arterial e a função renal. Muitas vezes, apesar do rim estar envolvido na fisiopatologia dessa doença, esse órgão não apresenta nenhuma anormalidade.^[18] Por exemplo, o excesso de atividade do sistema simpático, traduzido em aumento do nível de epinefrina e noraepinefrina no sangue, altera a transmissão de pressão sanguínea para os rins, que serão estimulados a lançar mão do mecanismo já citado, na tentativa de normalização da pressão. Neste caso não há nenhuma disfunção patológica do sistema renal, apesar da alteração da natriurese de pressão.

Além da alteração da função renal como um dos determinantes da elevação da pressão arterial, outro denominador comum na fisiopatologia de tal enfermidade são as alterações cardiovasculares. Com o avançar da idade, ocorre desorganização da orientação das fibras da camada muscular, quebra da elastina e aumento da síntese de colágeno presentes na artéria aorta. Isso acarreta uma diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo que, somada à presença de arteriosclerose, provoca aumento da resistência vascular periférica e da impedância da aorta, acarretando assim o aumento da hipertensão arterial sistêmica.^[23]

O tratamento para a hipertensão tem por objetivo manter os níveis pressóricos do paciente dentro de uma faixa de normalidade, reduzindo, dessa forma, a morbidez e mortalidade inerentes à doença. Atualmente, o tratamento farmacológico e o relacionado aos hábitos de vida são as duas abordagens

terapêuticas mundialmente reconhecidas. Se adequadamente seguidas pelos pacientes, apresentam uma alta eficiência no controle da pressão arterial, possibilitando uma maior longevidade e qualidade de vida.

No que tange o tratamento farmacológico, podem-se encontrar no mercado diversas classes de medicamentos que atuam em pontos específicos da fisiopatologia da HAS. Dentre elas, podem-se citar: os diuréticos, os inibidores adrenérgicos, os vasodilatadores diretos, os inibidores do sistema renina-angiotensina e os bloqueadores dos canais de cálcio.^[7] Os diuréticos de baixa dosagem são considerados como primeira opção anti-hipertensiva, tendo em vista o baixo custo, a larga experiência de utilização e os efeitos benéficos de redução de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.^[7] Dependendo do grau de evolução da doença e da resposta do paciente, pode-se optar pela associação de dois ou mais medicamentos de classes distintas já que, a monoterapia mostrou-se ineficiente para atingir os níveis pressóricos previstos em até dois terços dos casos.^[7]

Alguns princípios devem nortear o tratamento farmacológico, tendo em vista a maior aceitação do paciente ao esquema terapêutico. Deve-se considerar, sempre, as condições sócio-econômicas do paciente, bem como a sua capacidade física, cognitiva e intelectual de fazer o uso adequado dos medicamentos. Além disso, os fármacos devem ser eficazes por via oral, bem tolerados pelo paciente e apresentarem um esquema terapêutico simples, com preferência para posologia de dose única diária.^[7]

O tratamento não-farmacológico é recomendado na maioria das intervenções terapêuticas. Entretanto, por demandar modificações de hábitos culturais arraigados da população, seu cumprimento é, por hora, um processo que envolve muita disciplina e dedicação do paciente. É necessário que o médico tenha habilidade para incentivar o paciente a ter hábitos saudáveis de vida, tais como o controle do peso corporal, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, principalmente na diminuição da ingestão de sal, e a prática regular de atividades físicas. Além desses, estudos demonstram uma correlação direta entre abandono do tabagismo e a redução do consumo de bebidas alcoólicas e o controle mais satisfatório dos níveis tensionais do sangue.^[7]

Juntas, as duas modalidades de tratamento são eficientes em prevenir o advento de complicações relacionados a pressão arterial descontrolada. Entretanto, a despeito do arsenal terapêutico desenvolvido pela indústria farmacêutica e do conhecimento cada vez mais acurado da fisiopatologia da doença, os índices de controle da hipertensão no Brasil e no mundo estão, como mencionado acima, bem aquém do esperado.^[24] Sabe-se que o principal fator envolvido neste processo é a baixa adesão aos esquemas terapêuticos, farmacológicos ou não, propostos nos consultórios médicos.^[24]

Diversos conceitos têm sido propostos para definir adequadamente a adesão terapêutica, especialmente para tratamento de doenças crônicas. Uma concepção erroneamente empregada no cotidiano restringe a adesão ao cumprimento rigoroso do tratamento farmacológico, especificamente. O projeto “Adesão” da OMS conceitua a adesão ao tratamento de doenças crônicas como o grau em que as atitudes dos pacientes quanto à ingestão de medicamentos, mudanças nos hábitos de vida e seguimento de dieta concordam com as orientações do médico ou outro profissional de saúde.^[25] Seguindo a mesma vertente, Carl *et al* entendem por adesão ao tratamento da hipertensão o grau de comprometimento do paciente em relação às medidas terapêuticas indicadas, sejam elas farmacológicas ou não, e cujo objetivo é manter os níveis pressóricos dentro da normalidade.^[26]

Devido ao grande número de variáveis a serem consideradas para se determinar se um paciente é ou não aderente, torna-se difícil quantificar a adesão tanto quanto qualificá-la. Apesar da escassez de dados estatísticos sobre a epidemiologia do tratamento da hipertensão arterial, alguns estudos demonstram que 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita; essa porcentagem aumenta se considerarmos o tratamento relacionado aos hábitos de vida do paciente.^[24]

Em relação ao tratamento farmacológico, estudos mostram que cerca de 50% dos pacientes que iniciam o tratamento com anti-hipertensivo abandonam a terapia no primeiro ano. Daqueles que continuam sob supervisão médica, apenas 50% tomam pelo menos 80% da medicação prescrita, o que significa que cerca de 75% dos pacientes com hipertensão arterial não estão recebendo tratamento adequadamente.^[24]

Vários fatores foram pesquisados com o intuito de identificar a origem dessa baixa adesão terapêutica no Brasil e no mundo. Diversos elementos relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença parecem ter correlação direta com a adesão inadequada. Entretanto, nenhum deles, em especial, pode ser apontado como elemento definidor que esgotasse o assunto ou que um fosse mais significativo que os demais em todas as situações.

No âmbito dos fatores relacionados ao paciente, a falta de conhecimento da evolução e do prognóstico da doença, a baixa motivação para controlá-la e suas expectativas em relação ao resultado podem impactar negativamente a adesão. Além desses, fatores sócio-econômicos e demográficos, como escolaridade, presença ou não de um cuidador e a idade do paciente parecem, também, influenciar a adesão.^[27]

No que se refere à influência das características do tratamento sobre a adesão, o preço dos medicamentos, os efeitos colaterais e os esquemas posológicos com mais de uma dose diária parecem ser os mais importantes identificados nas pesquisas quantitativas. Finalmente, fatores intrínsecos da própria doença também se mostraram importantes para uma adesão inadequada, sendo que o caráter silencioso da hipertensão, devido à ausência dos sintomas clínicos na maioria das vezes, bem como, a presença de co-morbidades limitantes como doenças osteoarticulares e a demência característica do Alzheimer inviabilizam o cumprimento dos esquemas terapêuticos adequadamente.^[27]

Apesar do crescente interesse no tema e das contribuições de diversos estudos, ainda existem várias lacunas e o assunto não foi esgotado por completo. Boa parte destas lacunas está relacionada à compreensão da perspectiva que os membros do processo de adesão inadequada fazem dessa. É nessa vertente que este trabalho pretende seguir: o intuito é aprofundar a questão e realizar uma análise comparativa entre os atores (médico e paciente) do fenômeno de adesão.

De modo geral, como já citado, os motivos da adesão inadequada dos pacientes tendem a ser complexos, diversificados e individuais, o que torna sua compreensão um desafio para o médico. Por outro lado, a formação do médico é predominantemente voltada para a doença, deixando em segundo plano o paciente e as questões psicossociais que interferem no tratamento.

Dentro desse contexto, percebe-se que um importante fator indicado na literatura como determinante de adesão inadequada é assimetria na relação médico paciente. Foi demonstrado que 54% dos distúrbios percebidos pelo paciente não são considerados pelo médico durante as consultas. A diversidade cultural é uma realidade com a qual os médicos precisam lidar em sua prática. Isso exige que o médico seja capaz de aprender novos valores e desenvolver outras e mais amplas percepções de saúde-doença. Pode-se, portanto, supor que há grande possibilidade de que a não concordância entre médico e paciente quanto ao diagnóstico e ao tratamento proposto, uma consequência da divergência de valores e crenças, implique na má adesão à terapêutica. [28]

A ciência e o conhecimento médicos atingiram um grau tal de desenvolvimento que, pode-se dizer, a maioria das patologias se não curável é manejável e razoavelmente conhecida em seus termos biológicos. Sendo assim, o fato que explica a ausência de melhora em mesma proporção da saúde da população como um todo é a ausência de conhecimento e seguimento dessa população das recomendações capazes de proteger sua saúde. Em uma analogia simples, é como se a medicina tivesse o melhor remédio do mundo, mas não conseguisse fazer com que seu paciente chegue a este remédio ou que queira tomá-lo. Nesse sentido a dedicação do médico a construção de uma relação médico paciente interessante pode ser a ponte capaz de unir esses dois aspectos da medicina.

É essencial que o profissional de saúde conheça os determinantes da adesão inadequada e a relação de seu paciente com sua doença, pois, de outra forma, não poderá intervir em seu seguimento. Como coloca uma antiga máxima da medicina, “só se trata o que se conhece”. Considerando que a adesão ao tratamento da HAS é um fenômeno complexo e multicausal, apenas uma abordagem holística pode desvendar e elucidar mais claramente os determinantes deste processo. Deste modo, a implementação de uma proposta de intervenção em uma comunidade passa por um conhecimento dos principais determinantes da adesão inadequada ao tratamento anti-hipertensivo. Assim, esse trabalho propõe uma abordagem em uma população definida, partindo de conceitos bem estabelecidos na literatura, com objetivo de reduzir a morbimortalidade inerente à patologia.

6) PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado: adesão ao tratamento anti hipertensivo, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

6.1) Definição do problema

Após reunião com a equipe de saúde, definiu-se que a adesão inadequada ao tratamento anti hipertensivo constitui o eixo central, pelo qual permeia uma série de problemas na população do bairro General Carneiro- Sabará MG. Foi possível identificar uma demanda grande de pacientes que, apesar do acesso à unidade, distribuição gratuita das medicações e orientações médicas, não conseguem aderir a um esquema terapêutico, o que em última instância contribui para o grande número de óbitos e internações por doenças cardiovasculares na região.

6.2) Priorização dos problemas

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde General Carneiro no município de Sabará, Minas Gerais, 2017				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de mortalidade por doenças cardiovasculares	Alta	25	parcial	2
Baixa adesão ao tratamento anti hipertensivo	Alta	25	Alta	1
Funcionamento inadequado dos serviços de urgência do município	Alta	20	Baixa	3

Fragmentação dos serviços de saúde	Alta	20	Baixa	4
Tráfico de drogas	Alta	20	Baixa	5
Analfabetismo	Alta	15	Baixa	6

Fonte: Unidade Básica General Carneiro, Sabará - MG, 2017

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

6.3) Descrição do problema selecionado

Na Unidade General Carneiro, os pacientes hipertensos e diabéticos são trimestralmente acompanhados por meio de grupos operativos, ocasião em que é realizada uma avaliação médica do paciente e renovação de sua receita, além de receberem orientações gerais e de mudanças de estilo de vida. Apesar desse acesso garantido, da facilidade de receber medicações e das orientações repassadas pela equipe, percebemos que uma grande parcela dos pacientes não segue adequadamente o tratamento anti hipertensivo, principalmente no que tange o tratamento medicamentoso. Em uma observação isolada foi identificado que adesão terapêutica medicamentosa não ocorre em 40% das vezes, de forma ideal.

6.4) Explicação do problema selecionado

Vários fatores foram pesquisados com o intuito de identificar a origem dessa baixa adesão terapêutica no Brasil e no mundo. Diversos elementos relacionados ao tratamento, ao paciente e à própria doença parecem ter correlação direta com a adesão inadequada. Entretanto, nenhum deles, em especial, pode ser apontado como elemento definidor que esgotasse o assunto ou que um fosse mais significativo que os demais em todas as situações.

No âmbito dos fatores relacionados ao paciente, a falta de conhecimento da evolução e do prognóstico da doença, a baixa motivação para controlá-la e suas expectativas em relação ao resultado podem impactar negativamente a adesão.

Além desses, fatores sócio-econômicos e demográficos, como escolaridade, presença ou não de um cuidador e a idade do paciente parecem, também, influenciar a adesão.^[6,8]

No que se refere à influência das características do tratamento sobre a adesão, o preço dos medicamentos, os efeitos colaterais e os esquemas posológicos com mais de uma dose diária parecem ser os mais importantes identificados nas pesquisas quantitativas. Finalmente, fatores intrínsecos da própria doença também se mostraram importantes para uma adesão inadequada, sendo que o caráter silencioso da hipertensão, devido à ausência dos sintomas clínicos na maioria das vezes, bem como, a presença de co-morbidades limitantes como doenças osteo-articulares e a demência característica do Alzheimer inviabilizam o cumprimento dos esquemas terapêuticos adequadamente.^[5,7]

No contexto da equipe de saúde da Unidade Básica de saúde de General Carneiro- MG, a entrevista com usuários e profissionais identificou que os pacientes tinham dificuldades em relação à tomada de medicações, esquecimento, dificuldade de acesso à UBS e aos medicamentos em si.

O analfabetismo é uma realidade muito frequentemente observada no contexto da UBS. Muitos pacientes relatam que, pela dificuldade em ler o receituário médico (devido à baixa escolaridade), não sabem o momento certo de tomar as medicações.

Outra situação muito observada, se refere ao baixo conhecimento da fisiopatologia da doença. A maioria dos pacientes relata que “sabem quando a pressão está alta” (fala muito repetida na prática diária); estes pacientes atribuem sintomas físicos vagos, como dorsalgia, à picos hipertensivos. De forma geral, desconhecem que a hipertensão arterial é uma doença silenciosa e que, na maior parte das vezes, não está relacionada a nenhum sinal ou sintoma. Diante dessa percepção distorcida da doença, os pacientes realizam tomadas inadequadas das medicações, justificando-as pela ausência de sinais ou sintomas que motivem o uso contínuo dos mesmos.

A entrevista com os pacientes também revelou que na presença de pessoas envolvidas com os cuidados de saúde do paciente idoso (cuidadores), há uma forte tendência a tomada correta das medicações e seguimento das orientações gerais realizadas na UBS. Além disso, muitos pacientes relatam que a necessidade de

frequentar a UBS ou farmácia mensalmente resvala na não tomada de medicações por um período, entre o término da medicação e a busca pelos medicamentos (período variável de tempo, com várias explicações possíveis).

De maneira geral, o relato dos pacientes corresponde com fidelidade aos motivos de adesão inadequada ao tratamento observados na literatura. A identificação desses problemas, associados a capacidade de enfrentamento dos mesmos, constitui em um passo fundamental para elaboração do planejamento, que será complementado com os passos seguintes.

6.5 Seleção dos nós críticos

Os “nós críticos” seriam as causas de um problema. Conhecê-los é fundamental para identificar a origem do problema e, assim, encontrar formas acessíveis de solucioná-lo. São eles:

1. Posologia inadequada das medicações; conforme visto na revisão bibliográfica, esquemas simplificados da terapia anti-hipertensiva podem otimizar a tomada das medicações.
2. Acessibilidade não garantida à UBS;
3. Falta de um cuidador;
4. Baixa compreensão sobre os mecanismos patológicos e seus impactos a longo prazo no organismo

6.6 Desenho das operações

Depois de selecionados os “nós críticos”, torna-se necessário desenhar as operações para enfrentamento das causas, identificar produtos, resultados e recursos necessários para efetivação das operações.

1- **Nó crítico:** Posologia inadequada das medicações

Operação/projeto: Elaborar um esquema terapêutico medicamentoso individualizado e que melhor se adapte ao estilo de vida do usuário.

Resultados esperados: aumento da tomada diária das medicações

Produtos esperados: seleção dos pacientes considerados não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo e elaboração de um esquema terapêutico individualizado;

Recursos necessários:

Organizacional: contato com o paciente

Cognitivo: informação sobre o tema;

Político: contratação de profissional qualificado;

Financeiro: para aquisição de sala apropriada, materiais necessários e profissionais capacitados.

2- **Nó crítico:** Acessibilidade não garantida à UBS;

Operação/projeto: realizar uma busca ativa dos pacientes considerados com baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo e acompanhamento mensal na UBS, bem como visita domiciliar por meio de ACS de forma frequente.

Resultados esperados: Pacientes mais bem assistidos, orientados e com acessibilidade facilitada aos recursos oferecidos na UBS

Produtos esperados: aumentar adesão ao tratamento anti hipertensivo dos pacientes que possuem dificuldade de acesso à UBS por algum motivo.

Recursos necessários:

Organizacional: qualificação do profissional do ACS

Cognitivo: informação e estratégia de comunicação e motivação do paciente

Político: contratação do profissional;

Financeiro: transporte no caso de visitas domiciliares

3- **Nó crítico:** Falta de um cuidador

Operação/projeto: Pacientes considerados de alto risco e não aderentes ao tratamento frequentemente necessitam de um cuidador para orientar tomada das medicações e seguir orientações médicas. Para esse grupo, a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se torna interessante pois, por meio de visitas domiciliares, esses profissionais podem levar informação e cuidado ao domicílio, bem como reportar à equipe, qualquer agravo eminente.

Resultados esperados: aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes que requisitam um cuidador para orientar tomada de medicações e alterações de estilo de vida;

Produtos esperados: capacitação de ACS

Recursos necessários:

Organizacional: capacitação de Agentes comunitárias de saúde

Cognitivo: Reconhecimento das condições de vida e adesão do usuário

Financeiro: transporte, no caso de visitas domiciliares

4. **Nó crítico:** Baixa compreensão sobre os mecanismos patológicos e seus impactos a longo prazo no organismo

Operação/projeto: Modificar fatores intrínsecos do paciente, aumentando sua motivação para aderir ao tratamento proposto, por meio de orientações didáticas e individualizadas.

Resultados esperados: reelaboração do que a hipertensão arterial sistêmica representa para o usuário e motivar sua adesão ao tratamento instituído.

Produtos esperados: reorganização do processo de trabalho na UBS

Recursos necessários:

Organizacional: organização de consultas e atendimentos individualizados, multiprofissional e didática

Cognitivo: motivar o paciente ao auto cuidado.

Financeiro: materiais explicativos e transporte, no caso de pacientes de visita domiciliar

Levando em consideração os fatores de adesão inadequada ao tratamento anti-hipertensivo delineados na literatura, bem como os observados na comunidade da UBS de General Carneiro em Sabará-MG, foram estabelecidos quatro pontos principais de atuação, como estratégia para intervir nos baixos índices de adesão terapêutica dessa comunidade.

A primeira intervenção se refere à reelaboração de um esquema anti-hipertensivo adequado ao paciente, que reduz os índices de tomadas diárias e diminuem a probabilidade de esquecimento, bem como ressaltadas na literatura. Para tanto, serão identificados os pacientes descompensados clinicamente de forma ativa e elaborado plano terapêutico singular com a participação de médicos, enfermeiros e ACS.

A segunda medida pretende identificar os pacientes considerados de alto risco cardiovascular, cuja frequência à UBS não é considerada satisfatória para

estabelecer um bom controle clínico da condição. Da mesma forma que a anterior, será realizado uma busca ativa desses pacientes com base nos grupos de hiperdia da UBS, e as ACSs serão devidamente capacitadas a abordar esses pacientes em seus domicílios, na tentativa de aumentar a frequência à unidade de saúde. Espera-se que, ao aumentar a acessibilidade, o paciente terá ferramentas para otimizar o próprio auto cuidado.

A terceira medida está voltada para a população acamada ou restrita, com dificuldades de acesso à UBS. Da mesma forma, as ACS serão capacitadas a identificar esses pacientes e suprir, parcialmente a necessidade de um cuidador, visto que serão realizadas, com permissão do paciente, observação da tomada das medicações e adesão às medidas não farmacológicas. Vale ressaltar que um processo de capacitação e observação direta das ACSs será realizado previamente.

Enfim, conscientizar toda a comunidade de que a HAS é uma doença silenciosa, e sua morbimortalidade não está, na maior parte das vezes, associada à presença de sinais ou sintomas físicos. Espera-se com isso, desmistificar questões que se tornam um entrave à tomada das medicações de forma contínua.

Um resumo do plano de operações, bem como os responsáveis e prazos são descritos no quadro abaixo.

Quadro 2 – Plano Operativo para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde General Carneiro no município de Sabará, Minas Gerais, 2017

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Elaboração de um esquema terapêutico medicamentoso individualizado e que melhor se adapte ao estilo de vida do usuário.	Aumentar o nível de adesão ao tratamento anti hipertensivo da população de risco cardiovascular elevado	Busca ativa dos pacientes descompensados clinicamente e avaliar os fatores que influenciam na baixa adesão desse paciente.	Apresentar o projeto; Pactuação com a equipe de saúde	Médicos; Enfermeiros; Técnicos de enfermagem e ACS	120 dias.
Aumento da	Aumento da	Garantir acesso	Apresentar o	Médicos;	180

<p>acessibilidade dos pacientes de alto risco cardiovascular e não aderentes ao tratamento anti hipertensivo à UBS</p>	<p>adesão ao tratamento anti hipertensivo dos pacientes.</p>	<p>aos recursos da UBS dos pacientes de alto risco cardiovascular e não aderentes ao tratamento anti hipertensivos</p>	<p>projeto; Identificar os indivíduos nessa por meio da análise das fichas de grupo de hiperdia. Agendar reuniões e capacitações com ACSs Reorganizar a agenda do grupo de hiperdia oferecendo acompanhamento mensal na UBS</p>	<p>Enfermeiros; E ACS</p>	<p>dias.</p>
<p>Ampliar o cuidado com o paciente que requisita de um cuidador para orientar tomada de medicações e seguir orientações médicas.</p>	<p>Aumentar a adesão ao tratamento anti hipertensivo e consequentemente diminuição da taxa de mortalidade desse subgrupo de pacientes.</p>	<p>Garantir a acessibilidade e ampliar o cuidado com pacientes em risco social, que necessitam um nível maior de orientação.</p>	<p>Capacitação e orientação das ACS</p>	<p>Médicos Enfermeiros; Agentes Comunitários de Saúde.</p>	<p>180 dias.</p>
<p>Intervir na baixa compreensão sobre os mecanismos patológicos e seus impactos a longo prazo no organismo dos pacientes hipertensos de</p>	<p>Aumento do auto cuidado dos pacientes, de modo a estimular a adesão terapêutica.</p>	<p>Orientações individualizadas aos pacientes, buscando compreender os motivos da baixa adesão terapêutica, durante a realização do hiperdia.</p>	<p>Entrevista com os usuários</p>	<p>médicos</p>	<p>180 dias.</p>

um modo geral					
------------------	--	--	--	--	--

Fonte: Unidade Básica de General Carneiro- Sabará-MG, 2017

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias propostas no plano de intervenção foram realizadas após ampla discussão com todos os agentes da ESF, respeitando a opinião de todos e fortalecendo o trabalho multiprofissional. O consenso atingido é que a proposta de intervenção iria aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento anti hipertensivo e, conseqüentemente, impactar na morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares da população de General Carneiro, Sabará-MG.

A elaboração de um plano de intervenção comunitária tem, em sua gênese, uma série de etapas a serem cumpridas; essa sequência é fundamental para que o plano tenha maior chance de ser efetivo, consistente e atinja seus objetivos. Dessa forma, o Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de trabalho nas ESF deveria ser estimulado dentro do âmbito da ESF, visto seu potencial em relação a problemas específicos das comunidades. Em outras palavras, a implementação do PES significa fortalecimento da regionalização do SUS e maior capacidade de resolução dos seus problemas. Além disso, pode contribuir para longitudinalidade e vínculo populacional, preceitos fundamentais do SUS.

Conforme defendido por vários estudiosos, muitos fatores permeiam a adesão inadequada ao tratamento anti-hipertensivo. Dessa forma, uma generalização de condutas pode ser ineficiente, devendo se considerar as individualidades sempre que possível. Apesar de suas limitações, o PES permite identificar na comunidade os fatores mais relacionados ao problema que se deseja combater, sendo, portanto, uma estratégia promissora para enfrentamento de problemas no âmbito da atenção básica à saúde, visto as discrepâncias locais regionais.

A elaboração de um planejamento estratégico está fundamentada nos resultados que se espera ao final de sua aplicação. Dessa forma, este estudo teve o objetivo de elaborar propostas que visam aumentar a adesão terapêutica ao tratamento anti-hipertensivo na UBS, priorizando grupos de maior vulnerabilidade como idosos acamados e pessoas com acessibilidade não garantida à UBS.

Após busca ativa de pacientes considerados de alto risco cardiovascular e social, com objetivo de realizar uma terapia “acompanhada” pelas ACS devidamente capacitadas, buscou-se contribuir para controlar a doença nesse grupo de pacientes. Espera-se assim que a tomada diária das medicações seja realizada de forma

otimizada e satisfatória para que essa população mantenha níveis pressóricos dentro da normalidade.

Espera-se, ainda, que a população tenha maior conhecimento sobre a fisiopatologia da doença em questão. O entendimento do conceito de “doença silenciosa” poderá ser decisivo acerca da tomada regular das medicações e não condicioná-la a sinais ou sintomas físicos inespecíficos, como ocorre rotineiramente.

Assim, a implementação dessa intervenção está em sintonia com a equidade, princípio doutrinário do SUS que muitas das vezes está adormecido na prática diária das UBS.

REFERENCIAS

1. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, **Cidades**. Disponível em 01 de maio de 2016 <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=315670>
2. Prefeitura Municipal de Sabará, Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em 01 de maio de 2016 <http://www.sabara.mg.gov.br/portal/index.php/secretaria-de-saude>
3. Faria TGF, dos Santos MA, Arrelias CCA, Rodrigues FFL, Gonela JT, Teixeira CRS, Zanetti ML. Adherence To Diabetes Mellitus Treatments In Family Health Strategy Units. **Rev. esc. Enferm. USP** vol 48 n° 2 São Paulo Abril 2014.
4. Campos, F. C. C. de; Faria, H. P. de; Santos, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p
5. Souza JJG. **Hipertensão arterial referida e uso de anti-hipertensivos em adultos na cidade de São Paulo: um estudo de base populacional**. 2003 (dissertação de mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
6. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema único de Saúde**. Brasil; 2006.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia; 2010; 95 p. 1-51.
8. Aram VC, George LB, Henry RB, William CC, Lee AG, Joseph LI et al. and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. **Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure**. Hypertension: 2003; 42 p. 1206-52.
9. Ezzati M, Hoorn SV, Rodgers A, Lopez AD, Mathers CD, Murray CJ. **Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors**. Lancet: 2003; 362 p. 271–80.

10. Pierin GMA. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. 1ª ed. Barueri. Manole: 2004; p. 372 .
11. Stamler J. **The INTERSALT Study: background, methods, findings, and implications**. Feb 1997; 65: 626S - 642S.
12. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. **Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto**. Arq Bras Card: 2008; 91(1) p. 31–35.
13. Balu S, III TJ. **Incremental expenditure of treating hypertension in the United States**. Am J Hypertens: 2006; 19(8) p. 810-6.
14. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. **Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT**. Arq Bras Card: 2009; 93(6) p. 672–78.
15. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, et al. **Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States**. Hypertension: 2004; 43 p. 10 –17.
16. Freire Porth CM. **Fisiopatologia**. 6ª edição. Cap 23 . p. 447-49.
17. Cavalcanti EFA, Martins HS. **Clínica médica: dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento**. Seção 2. p. 78-79.
18. CMV, Tedoldi CL. **Hipertensão arterial na gestação**. São Paulo. Arq. Bras Cardiol: 2009. vol.93 supl.1.
19. Forrester JS. **Role of plaque rupture in acute coronary syndrome**. American Journal of Cardiology; 2000; 86 p. 16–23.
20. Yeghiazarians Y, Braunstein JB. , Astari A , Stone PH. **Unstable angina pectoris**. **New England Journal of Medicine**: 2000; 160 p. 25-35.
21. Guyton AC, Hall JE. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9ª edição. Guanabara Koogan: 1997; p. 179-180/187.
22. Miranda RD, Perrotti CT, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cendoroglo MS, Neto JT. **Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento**. Rev Bras Hipertens: 2002; v. 9.
23. Izzo JL, Levy D, Black HR. **Importance of systolic blood pressure in older americans**. Hypertension: 2000; 35 p. 1021-4
24. Haynes RB. **Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment**. Baltimore MD. Johns Hopkins University Press; 1979.

25. Pierin AMG. **Adesão ao tratamento.** In: Nobre F, Mion Junior D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão.** São Paulo. Lemos; 2001. cap 1, p. 25.
26. Carl MR, Pierin AMG, Aquino VLA. **Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial.** Rev Esc Enf USP: 1991; 25 p. 259-69.
27. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Jr. D. **Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada.** Rev Bras Hipertens: 2009; 16(1) p. 38-43. Caprara A, Rodrigues J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico.** Ciênc saúde coletiva; 2004
28. Caprara A, Rodrigues J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico.** Ciênc saúde coletiva; 2004.

