

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

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO AMPLIAR ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESF DE UM
MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA/MG.**

UBÁ/ MG

2016

YORDANYS SANS MORA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO AMPLIAR ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESF DE UM
MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA/MG.**

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

Orientadora: Ms. Ayla Norma Ferreira Matos.

UBÁ/ MG

2016

YORDANYS SANS MORA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO VISANDO AMPLIAR ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA ESF DE UM
MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA/MG.**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: Prof. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

Examinador 2:

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____.

UBÁ/ MG

2016

RESUMO

Atualmente, estima-se que mais de 80% dos casos de morte estão associadas a fatores de riscos ou complicações da hipertensão arterial sistêmica (HAS), por isso é importante o controle visando uma melhor adesão ao tratamento. Este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção visando estimular mudanças de hábitos e comportamentos que proporcionem melhor qualidade de vida e, ampliem a adesão medicamentosa e não medicamentosa dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, na ESF Novo Silvestre, município Viçosa/MG. Primeiramente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de junho a dezembro 2015. A busca de artigos foi na Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), por meio das bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), aqueles disponibilizados na língua portuguesa, publicados entre 2004 a 2015. Como palavras chaves foram utilizadas: Hipertensão Arterial. Adesão terapêutica. Estilo de vida. Assistência à Saúde. Em seguida, foi elaborado o projeto de intervenção, segundo o método de Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, conforme módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família/UFMG. Espera-se alcançar melhor adesão ao tratamento e mudanças de estilos de vida tornando esses pacientes mais saudáveis. Os resultados deste projeto poderão ser ampliados para o município e podem constituir um importante apoio na luta por melhoria na qualidade de vida dos pacientes com HAS.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial. Adesão terapêutica. Estilo de vida. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Currently, it is estimated that over 80% of deaths are associated with risk factors or complications of hypertension (SAH), so it is important to control to better adherence to treatment. This study aimed to develop and intervention project aimed at encouraging changes in habits and behaviors that provide better quality of life and extend the medication adherence and non-drug users with systemic hypertension, the FHS New Silvestre, city Viçosa / MG. First, a literature search from June to December 2015 one was held was held, the search for articles was the Virtual Health Library of the Ministry of Health (BVSMS), through databases Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), those available in Portuguese, published between 2004 to 2015. As keywords were used: Hypertension. Adherence. Lifestyle. Health Care. Then was drawn up intervention project by the method Situational Strategic Planning Simplified as Planning and Evaluation Module of the Shares in the Specialization Course Health in the Family Health Strategy/UFMG. It is expected to achieve better adherence to treatment and lifestyle changes making these healthier patients. The results of this project could be expanded to the city and can be an important support in the fight to achieve an improvement in the quality of life of patients with SAH.

KEYWORDS: Hypertension. Adherence. Lifestyle. Health Care.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 7 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 10 |
| 3. OBJETIVOS..... | 11 |
| 3.1 Objetivo Geral | 11 |
| 3.2 Objetivo Específico..... | 11 |
| 4. METODOLOGIA | 12 |
| 5. REVISÃO DA LITERATURA | 13 |
| 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e os fatores de risco | 13 |
| 5.2 Ações de enfrentamento do problema de adesão ao tratamento da HAS na Atenção Básica | 17 |
| 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO | 19 |
| 6.1 Conhecendo o território | 19 |
| 6.2 Projeto de intervenção propriamente dito..... | 19 |
| 6.2.1 Identificação dos problemas..... | 19 |
| 6.2.2 Priorização do problema..... | 21 |
| 6.2.3 Descrição do problema priorizado | 23 |
| 6.2.4 Explicação do problema priorizado | 23 |
| 6.2.5 Identificação dos “nós” críticos | 23 |
| 6.2.6 Desenhos de operações para os “nós” críticos do problema | 24 |
| 6.2.7 Identificação dos recursos críticos | 25 |
| 6.2.8 Análise de viabilidade do plano | 26 |
| 6.2.9 Elaboração do plano operativo | 27 |
| 6.2.10 Gestão do plano | 29 |
| 6.2.11 Monitoramento e avaliação | 31 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 34 |
| REFERÊNCIAS..... | 35 |

1 INTRODUÇÃO

Viçosa é um município brasileiro de Minas Gerais, localizado há aproximadamente 226 quilômetros da capital, Belo Horizonte, está situado na Zona da Mata Mineira, entre as serras da Mantiqueira, Caparaó e da Piedade, está limitada pelos municípios que compõe a sua microrregião sendo, ao norte pelas cidades de Teixeira e Guaraciaba, ao sul com Paula Cândido e Coimbra, a leste com Cajuri e São Miguel do Anta e ao oeste com Porto Firme. Trata-se de uma cidade essencialmente universitária, contando com seis universidades destas, uma é de caráter federal a Universidade Federal de Viçosa (UFV) (RANGEL, 2007).

De acordo com o último censo demográfico realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município ocupa área de 299,418 km², com população residente de 72.244 habitantes. Destes, segundo dados do IBGE (2015), 67.337 (93,20%) moram na zona urbana e 4.907 (6,80%), na zona rural.

O município Viçosa consta com uma variada oferta de serviços de saúde. Mesmo assim, aderiu ao Programa Mais Médicos instituído pelo governo brasileiro, que faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar o profissional médico para regiões onde há escassez ou ausência de profissionais (BRASIL, 2015), pois o município vem ampliando os serviços de saúde, visando alcançar maior qualidade de vida e de atenção à saúde de sua população.

No bairro Novo Silvestre está situada a Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) Novo Silvestre. Esta unidade é responsável de 528 famílias cadastradas, o que totaliza uma população de 1.604 pessoas.

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de Atenção Básica (AB) um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes enfrentam é a HAS e que, existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. No estudo realizado Sharma et al.

(2004), apontaram que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família.

A hipertensão arterial além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam predominantemente por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca, déficits cognitivos como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco, porém constitui uma das causas de maior redução da expectativa e qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo à maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Com a redução de 05 mmHg na pressão diastólica ou 10mmHg na pressão sistólica, há redução aproximada de 25% no risco de desenvolver cardiopatia isquêmica e de 40% no risco de apresentar Acidente Vascular Cerebral (AVC) (BRASIL, 2006).

O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados, conforme as características do paciente, e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010).

É indispensável atentar-se para a adesão continuada ao tratamento. Há inúmeras abordagens propostas para aumentar a adesão ao tratamento, mas a efetividade nem sempre é a desejada. A inserção de farmacêuticos na equipe assistencial, por meio da atenção farmacêutica, visa repassar orientação sobre o uso de medicamentos e outras ações que podem ser úteis (CASTRO et al., 2006).

O tratamento da hipertensão e a prevenção das complicações crônicas exigem uma abordagem multiprofissional assim como todas as doenças crônicas, porém necessita de um processo contínuo de motivação para que a pessoa não abandone o tratamento (ROHRBACHER et al., 2014).

O profissional de saúde da AB tem importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da HAS. Torna-se importante trabalhar nas modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e suas complicações. A alimentação adequada, controlando o consumo de sal, o controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

A prevalência de Hipertensão Arterial apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicação de baixo custo e poucos efeitos colaterais. Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 30% dos óbitos em todas as regiões do país, a frente das neoplasias responsáveis de 16,7% (BRASIL, 2010). Por esse e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica.

A população da unidade Novo Silvestre não está fora desta problemática, os atendimentos por HAS são cada vez mais frequentes devido ao mau controle dos níveis de pressão arterial (PA). Em virtude disto, a motivação em realizar o presente projeto de intervenção, visando fortalecer e qualificar a atenção à pessoa hipertensa por meio do acompanhamento integral, desenvolvendo habilidades diante de atividades educativas, buscando a melhoria das condições de saúde destes pacientes e ampliar a adesão ao tratamento.

A educação em saúde pode ajudar esses indivíduos a se adaptarem à doença, prevenir complicações, atender à terapia prescrita e resolver problemas confrontados com novas situações (ROHRBACHER et al., 2014).

Pelo exposto acima, é importante e necessário que os pacientes portadores de HAS tenham conhecimentos suficientes sobre o tema, a ponto de provocar mudanças em seus estilos de vida e comportamentos. Para isso, as ações de educação em saúde precisam ser planejadas e estruturadas de modo adequado, para que os resultados sejam alcançados e mantidos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral.

- Elaborar um projeto de intervenção visando a estimular mudanças de hábitos e comportamentos, que proporcionem qualidade de vida através de uma adequada adesão medicamentosa e não medicamentosa dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, na ESF Novo Silvestre, município Viçosa/MG.

3.2 Objetivos específicos.

- Identificar as dificuldades de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- Destacar a importância de ações educativas junto aos hipertensos, com vistas a ampliar o conhecimento dos mesmos sobre os fatores de risco e os cuidados para evitar a doença.
- Identificar como os hábitos saudáveis de vida influenciam na ocorrência da doença.

4 METODOLOGIA

Para subsidiar a realização do projeto de Intervenção, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de junho a dezembro 2015, a busca de artigos foi na Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), por meio das seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), aqueles disponibilizados na língua portuguesa, publicados entre 2004 e 2015. Como palavras chaves foram utilizadas: Hipertensão Arterial. Adesão terapêutica. Estilo de vida. Assistência à Saúde.

Na sequência foi elaborado o projeto de intervenção, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, dos autores do método de planejamento e avaliação do módulo de planejamento e avaliação em saúde, seção 2 (CAMPOS; FARIA; SANTO, 2010). Este método é constituído de dez passos:

- 1- Definição de problemas;
- 2- Priorização de problemas;
- 3- Descrição do problema selecionado
- 4- Explicação do problema selecionado;
- 5- Seleção de nós críticos;
- 6- Desenho das operações;
- 7- Identificação dos recursos críticos;
- 8 - Análise da viabilidade do plano;
- 9- Elaboração do plano operativo;
- 10- Gestão do plano.

E, além disso, apresentar como o plano de intervenção será monitorado e avaliado.

5 REVISAO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica e os fatores de risco.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial- $PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$. Associa-se frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004). Segundo Sharma et al. (2006) na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as Doenças Cérebro Vasculares (DCVs) têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da

morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (GUIRADO et al., 2011).

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram à primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A HAS não controlada permanece como importante problema médico-social nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Mesmo conhecendo-se a eficácia, efetividade e eficiência de várias medidas preventivas e de controle disponíveis, os agravos da doença provavelmente continuarão, por décadas, representando um dos maiores desafios sociais e de saúde. A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, assim como o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença, é descrita como um dos principais desencadeadores dos agravos da HAS, suscitando o desenvolvimento de estudos na área. Estimativas indicam que o grau de não

adesão mundial aos tratamentos de Doenças Crônicas (DC) varia de 25 a 50% (REINERS; NOGUEIRA, 2009).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento adequado da HAS é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e consiste em mudanças no estilo de vida e uso contínuo de um ou mais tipos de medicamentos anti-hipertensivos. Nos países desenvolvidos, a proporção de indivíduos com hipertensão que realiza tratamento medicamentoso vem sofrendo alterações ao longo dos anos: no Canadá, aumentou de 35% em 1992 para quase 80% em 2009⁷ e nos estados Unidos de 60% entre 1992 e 2002 para cerca de 70% entre 2005 e 2008⁸. Entre 1986 e 2001, a proporção de indivíduos com hipertensão arterial que utilizava medicamentos nos países em desenvolvimento variou de 10 a 50%% (GUIRADO et al.,2011) .

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no país e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (CASTRO, 2006).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%)^{7,9}. Estima-se que essas taxas devem estar

superestimadas, devido, principalmente, à heterogeneidade dos trabalhos realizados. A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A aplicação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A conscientização sobre causas e consequências da hipertensão e modificação de comportamentos predisponentes à hipertensão são fundamentais. A alimentação saudável, de qualidade e segura e a escolha correta de alimentos desempenha papel relevante na prevenção da hipertensão. O controle de peso e a redução do consumo de sal, uma das principais causas de hipertensão arterial, estão entre as ações de educação e promoção de saúde relacionada à nutrição e alimentação na prevenção dessa inimiga silenciosa, por ser assintomática na maior parte de sua evolução clínica, que contribui para mais de nove milhões de mortes no mundo a cada ano. Além disso, a atividade física regular é outro fator que contribui para manter um estilo de vida saudável e a pressão arterial controlada (ROHRBACHER et al., 2014).

5.2 Ações de enfrentamento do problema de adesão ao tratamento da HAS na Atenção Básica.

Identificar as formas de enfrentamento do problema de adesão ao tratamento da HAS na Atenção Básica (AB) é uma necessidade nos dias atuais. Lopes (2010) realizou um estudo no município de Janaúba/MG. Fez uma revisão da literatura sobre a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, visando conhecer os determinantes associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo, uma vez que podem contribuir com o controle da HAS. Concluiu que os fatores determinantes para adesão ao tratamento têm mostrado a influência de variáveis estruturais como o caráter crônico e assintomático da doença, a relação médico-paciente, a complexidade dos esquemas de tratamento, os efeitos colaterais dos medicamentos, entre outros. Neste sentido, afirmou que a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios para o controle de pacientes com hipertensão arterial.

Outro trabalho foi executado no município Araçuaí/MG, sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos. Foram identificados vários fatores que influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial tais como: Baixa escolaridade, raça/etnia, sedentarismo, a falta de exercícios físicos, não realização da dieta indicada, alcoolismo e tabagismo, fatores econômicos, deficiência física e mental, solidão, falta de acompanhamento pela família e cuidador, falta de monitoramento pela equipe de saúde, idade avançada, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais, crença e contexto socioeconômico. Também foram citados que a ausência de sintomas, a falta de medicamentos, os efeitos colaterais, o esquecimento e a carência de educação em saúde. Assim, foi observado que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um dos maiores e mais importantes desafios enfrentados pela equipe de saúde da família, para o controle da HAS (OLIVEIRA, 2013).

No município Governador Valadares/MG, tendo como proposta um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos na ESF Vila dos Montes, identificaram também, alguns fatores que influenciam negativamente na adesão da HAS, tais como: necessidade de mudança de estilo de vida, ausência de sintomas,

efeitos colaterais dos medicamentos, complexidade do regime terapêutico, falta de controle comunitário da HAS, relação do paciente com os profissionais de saúde, dificuldade e acesso a medicamentos na rede pública e altos custos na rede privada, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, falta de conhecimento e de treinamento de funcionários administrativos e de saúde, variáveis sócios demográficas, apoio familiar, crenças de saúde, hábitos de vida, aspectos culturais e a idade do paciente. Nesse contexto, no projeto de intervenção foi proposto a criação de grupos operativos de pacientes hipertensos, o tratamento das morbidades associadas como diabetes mellitus e dislipidemia, o aumento do número de visitas aos pacientes hipertensos, à educação em saúde para esclarecer e estimular o uso correto das medicações, além da melhoria do acolhimento nas unidades de saúde, como ações que contribuem significativamente para o controle da HAS (CAMPOS, 2014).

Em Alagoas, na unidade de uma ESF do município Chã Preta, com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento e prevenir as complicações dos pacientes portadores de HAS, realizou-se um estudo observacional descritivo transversal em 106 pacientes hipertensos maiores de 60 anos. Nesse estudo, o sedentarismo foi o principal fator de risco na população do estudo, seguido pelo antecedente familiar da doença. Além disso, os maus hábitos alimentares e a realização inadequada do tratamento, também foram identificados. Os nós críticos principais foram: hábitos e estilos de vidas inadequados, o nível de informação em relação à HAS e a desestrutura dos serviços de saúde para atender à população. Com esta base no enfrentamento destas grandes causas, foi estabelecido o projeto de intervenção para enfrentar o problema estudado (CAMPOS, 2015).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Conhecendo o território

O município de Viçosa possui quatro distritos, Sede, Cachoeira de Santa Cruz, São José do Triunfo e Silvestre e, cerca de 60 bairros. Sendo que o número de bairros poderá aumentar com a construção de novos conjuntos habitacionais populares, condomínios, e a elevação de áreas rurais a distritos urbanos.

O município destaca-se pela sua verticalização, fato este que não é observado nas cidades de porte equivalentes no estado de Minas Gerais. É considerada a quarta cidade com maior número de construções com mais de quatro pavimentos em todo o estado.

O clima de Viçosa é tropical de altitude com aumento de chuvas durante o verão e temperatura média anual em torno de 19°C. No inverno, com as baixas temperaturas, a cidade experimenta um clima que faz as manhãs e o meio da noite oferecerem brisas muito frias e com densa neblina, com temperatura mínima de 10°C. O inverno viçosense também é conhecido pelo ar seco provocado pela baixa umidade relativa do ar. O verão tem característica de chuvoso e a temperatura máxima chega a 30°C.

O centro da cidade encontra-se a uma altitude de 649 metros, o distrito de São José do Triunfo está a 674 metros acima do nível do mar e o distrito de Cachoeira de Santa Cruz tem uma altitude de 703 metros. O município de Viçosa caracteriza-se por estar no meio de um vale montanhoso e tem relevo predominantemente acidentado.

A vegetação original da região é do tipo floresta tropical subperenifolia e pertence ao ecossistema da Mata Atlântica. No processo de colonização, foi substituída pelo cultivo do café, que deixou marcas nos aspectos físicos da paisagem atual e no sócio econômico regional. A agricultura, principalmente o cultivo de milho e feijão, é praticada nos vales, onde ocorre, também, a maior concentração urbana. As encostas são utilizadas para cafeicultura, fruticultura, pastagens e reflorestamento. Nas últimas décadas, o reflorestamento com

eucalipto e a retomada do cultivo de café em bases tecnológicas mais avançadas foram substancialmente intensificadas (RANGEL, 2007).

A ESF Novo Silvestre está localizada no município Viçosa/MG, na rua Buenos Aires, bairro Novo Silvestre. É constituída por uma área urbana e outra rural. Possui uma população adscrita de 528 famílias distribuídas em 08 micro áreas, que totaliza uma população adscrita de 1604 pessoas.

A ESF dispõe de uma equipe de saúde formada por um médico do Programa Mais Médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, 04 agentes comunitários de saúde, sendo um Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável da vigilância de saúde em cada micro área. A Equipe de Saúde Bucal (ESB) é constituída por um Cirurgião Dentista (CD) e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). A equipe de saúde trabalha de forma planejada com todos os grupos vulneráveis, em consultas médicas, visita domiciliar e atividades de promoção de saúde.

Na Unidade de Saúde da Família referida são cadastrados 313 portadores de HAS, distribuídos em 08 (oito) micro áreas do distrito. E a não adesão ao tratamento da HAS é um problema de saúde pública que permanece como um desafio às equipes de saúde.

Com o objetivo de promover a saúde e prevenção, reduzir os riscos e das complicações desta doença, foi pensado a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção onde se busca uma melhor adesão ao tratamento.

6.2 Projeto de intervenção propriamente dito.

6.2.1 Identificação dos problemas.

Visando conhecer os principais problemas da área de abrangência da UBS Novo Silvestre, no município Viçosa/MG, foi realizado um diagnóstico situacional onde foi identificado que os principais problemas locais são:

- Consumo indiscriminado de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o não controle dos níveis de pressão arterial. E ainda a baixa adesão ao tratamento necessário.
- Índice de tabagismo elevado.
- Alta prevalência das dislipidemias.
- Alta incidência de sepse vaginal.
- Unidade Básica de Saúde com infraestrutura ruim.
- Baixo índice de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses (aleitamento misto).
- Dificuldade do acesso à unidade de alguns pacientes para fazer o acompanhamento por morar longe desta.
- Abandono e realização inadequada dos tratamentos médicos.
- Dificuldade nas consultas com especialistas por vagas insuficientes.

6.2.2 Priorização do problema.

Depois que foram analisados os problemas identificados diante de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados coletados através dos dados atualizados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e do sistema da produção com o apoio da Referência Técnica do Setor de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde do município de Viçosa, ficou estabelecido a ordem de prioridade dos problemas levando em conta a sua importância, urgência e a capacidade de enfrentamento por parte da equipe de saúde para agir sobre o problema.

Quadro- 1 Ordem de prioridade dos problemas identificados na ESF Novo Silvestre.

| Problemas identificados | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|-------------------------|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| | | | | |

| | | | | |
|--|------|---|---------|----|
| Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o não controle dos níveis de pressão arterial. E ainda a baixa adesão ao tratamento necessário. | Alta | 8 | Parcial | 1 |
| Consumo indiscriminado de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos. | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Dificuldade nas consultas com especialistas por vagas insuficientes. | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Alta prevalência das dislipidemias. | Alta | 6 | Parcial | 4 |
| Índice de tabagismo elevado. | Alta | 6 | Parcial | 5 |
| Abandono e realização inadequada dos tratamentos médicos. | Alta | 6 | Parcial | 6 |
| Dificuldade do acesso à unidade de alguns pacientes para fazer o acompanhamento por morar longe desta | Alta | 6 | Parcial | 7 |
| Unidade Básica de Saúde com infraestrutura ruim. | Alta | 5 | Fora | 8 |
| Baixo índice de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses (aleitamento misto). | Alta | 5 | Parcial | 9 |
| Alta incidência de sepse vaginal. | Alta | 5 | Parcial | 10 |

Fonte: Autoria própria, 2016.

6.2.3 Descrição do problema priorizado.

De acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Novo Silvestre, o problema prioritário para o enfrentamento e acompanhamento foi uma alta prevalência HAS sem adequado controle devido à dificuldade na adesão ao tratamento.

A população adscrita na unidade ESF Novo Silvestre é de 1604 pessoas, deste total, 313 hipertensos são maiores de 20 anos. Ou seja, 19,5% da população são hipertensos, sendo o sexo masculino o mais acometido com um total de 12,9 % (207 hipertensos).

6.2.4 Explicação do problema priorizado.

Aliado ao alto número de hipertensos na UBS Novo Silvestre tem-se a baixa adesão ao tratamento necessário para a HAS, isto acontece principalmente pelo abandono do tratamento medicamentoso quando os medicamentos não são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao baixo nível socioeconômico de alguns pacientes, além disso, o baixo nível cultural e os hábitos de vida não saudáveis influem nas práticas inadequadas do tratamento.

Assim, foi priorizado, para fortalecer e qualificar a atenção à pessoa hipertensa por meio do acompanhamento integral desenvolvendo habilidades diante atividades educativas, para a melhoria das condições de saúde destes pacientes e adesão ao tratamento medicamentoso, pois o número de atendimentos para pessoas acometidas pela Hipertensão Arterial com as suas complicações é cada vez maior em nossa área de abrangência e, observa-se a falta de conhecimento deles respeito de sua doença.

6.2.5 Identificação dos “nós” críticos.

1. Baixo nível cultural;
2. Hábitos e estilos de vida;

3. Estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o problema.

6.2.6 Desenhos de operações para os “nós” críticos do problema.

Quadro- 2 Desenhos de operações para os “nós” críticos do problema.

| Nó crítico | Operação/Projeto | Resultados esperados | Produtos | Recursos necessários |
|---------------------------------------|---|---|--|---|
| Baixo nível cultural | Conhecer mais! Elevar o nível de conhecimento da população sobre a doença. | População com maior conhecimento sobre riscos da doença e fatores de risco que a propiciam. | - Identificar o conhecimento da população sobre a doença. - Campanha educativa na rádio local sobre a doença e os cuidados necessários. | Cognitivo: domínio sobre estratégias pedagógicas para trabalho com grupos operativos Político: Mobilização social Equipe de Saúde. |
| Hábitos e estilos de vida inadequados | Viver com Saúde! Mudar hábitos e estilos de vida inadequada e evitar os fatores de risco. | Diminuir o número de pacientes hipertensos e de risco cardiovascular. | -Programa de palestras. -Criar grupos educativos. | Recursos audiovisuais, folhetos educativos e outros recursos de difusão local. Posto de saúde. |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>Estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o problema.</p> | <p>Atenção Integral!</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos pacientes com HAS.</p> | <p>Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para 85% de pacientes com HAS.</p> | <p>Capacitação de profissionais.</p> <p>Implantar protocolos.</p> <p>Instituir sistema de referência e contra-referência</p> | <p>Financeiros:</p> <p>Aumento das ofertas de exames e vagas para Inter consultas.</p> <p>Local</p> <p>posto de saúde e laboratórios clínicos.</p> |
|---|--|--|--|--|

Fonte: Autoria própria, 2016.

6.2.7 Identificação dos recursos críticos.

Quadro- 3 Identificação dos recursos críticos.

| Operação/Projeto | Recursos Críticos |
|--------------------------|--|
| Conhecer mais! | <p>Cognitivo:</p> <p>Adesão de profissionais para as capacitações.</p> |
| Viver com Saúde! | <p>Financeiros:</p> <p>Folhetos, banners de informação do tema e outros recursos necessários.</p> |
| Atenção Integral! | <p>Político: Melhorar articulação para desenvolver ações intersetoriais</p> <p>Financeiros:</p> <p>Aumento das consultas com especialistas e recursos necessários,</p> |

| | |
|--|---------------------------------|
| | Fornecer medicamentos pelo SUS. |
|--|---------------------------------|

Fonte: Autoria própria, 2016.

6.2.8 Análise de viabilidade do plano.

Quadro- 4 Análise de viabilidade do plano (motivação dos atores).

| Operações/ Projetos | Recursos críticos | Controles de recursos críticos | | Ação estratégica |
|---|---|---|-----------------------------------|---|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| <p>Conhecer mais!</p> <p>Saúde. Mudar hábitos e estilos de vida inadequados.</p> | <p>Local. Unidade de saúde e comunidades, Recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p> | <p>Setor de comunicação social Secretário de Saúde e a equipe da ESF.</p> | <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> | <p>Não é necessária</p> |
| <p>Viver com Saúde!</p> <p>Conhecimento sobre HAS e fatores de risco Aumentar o nível cultural da população e pessoal da equipe.</p> | <p>Articular com secretaria de educação e fornecer meios educacionais e profissionais capacitados</p> | <p>Secretaria de Educação e de Saúde.</p> | <p>Favorável</p> | <p>Apresentar projeto Apoio das associações</p> |
| <p>Atenção</p> | <p>Político: Decisão de</p> | <p>Prefeito</p> | <p>Indiferente</p> | <p>Apresentar</p> |

| | | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|--|
| <p>Integral!</p> <p>Cuidar melhor. Melhorar os serviços de saúde para aumentar a efetividade do cuidado</p> | <p>aumentar os recursos para estruturar os serviços</p> <p>Financeiro: Fornecer recursos necessários para o equipamento dos PSF e hospitais e para custeio de medicamentos, exames.</p> | <p>municipal</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Secretaria Municipal de Educação</p> <p>Fundo Nacional de Saúde</p> | <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> | <p>projeto de estruturação da rede</p> |
|--|---|--|-----------------------------------|--|

Fonte: Autoria própria, 2016.

6.2.9 Elaboração do plano operativo.

O plano operativo é outro dos passos importantes do Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo sua principal finalidade a designação de responsáveis pelos projetos e estratégias, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações. O gerente de um projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução das estratégias definidas, sendo o seu papel principal, garantir que as ações sejam executadas de forma correta e sincronizadas, prestando conta do andamento do projeto nos espaços estabelecidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro- 5 Elaboração do plano operativo

| Projeto | Resultados esperados | Produtos | Estratégias | Responsável | Prazo |
|---------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------|
|---------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------|

| | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|---|---|
| <p>Conhecer mais!</p> <p>Saúde /Melhor e seus estilos de vida.</p> | <p>Modificar hábitos de alimentação e estilos de vidas saudáveis na população</p> | <p>Avaliação sobre conhecimento para a alimentação e estilos de vida saudável.</p> | <p>Apresentar o projeto</p> | <p>Médico e enfermeira da ESF, nutricionista NASF. Coordenador da AB.</p> | <p>Início em 2 meses com avaliações cada semestre.</p> |
| <p>Viver com Saúde!</p> <p>Conheça mais de HAS /Aprendendo sobre HAS.</p> | <p>Aumentar o conhecimento da população sobre HAS e fatores de risco.</p> | <p>Avaliação sobre o nível de informação da população sobre a HAS, promoção e debates comunitários sobre o tema.</p> | <p>Apresentar o projeto</p> | <p>ESF</p> | <p>Início em 2 meses com avaliações cada semestre.</p> <p>Capacitação dos ACS em 1 mês.</p> |
| <p>Atenção Integral!</p> <p>Cuidar mais /Projeto Controle</p> | <p>Cumprir as consultas agendadas segundo protocolos de atendimento</p> <p>Facilitar Interconsulta com</p> | <p>Capacitação do pessoal EBS.</p> <p>Aumentar o número das consultas especializa</p> | <p>Apresentar o projeto</p> | <p>Equipe de saúde. Coordenador da AB, Secretaria de Saúde.</p> | <p>Capacitação em 2 meses.</p> <p>Começar em 3 meses.</p> |

| | | | | | |
|-----------|---------------------------------------|--|--|--|---------------------------|
| contínuo. | especialista para controle da doença. | das e exames de laboratórios para Hipertensos . Fornecer e melhorar equipamentos dos ESF. Garantir um maior número consultas, visitas domiciliar, dinâmicas de grupos operativos. | | | Avaliações cada semestre. |
|-----------|---------------------------------------|--|--|--|---------------------------|

Fonte: Autoria própria, 2016.

6.2.10 Gestão do plano.

A gestão do plano permite orientar e acompanhar os objetivos, resultados e impactos definidos para garantir uma resposta satisfatória utilizando os recursos existentes de forma adequada e racional.

Quadro -6 Gestão do plano.

| Projeto | Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
|---|---|--|--|----------------|---------------|------------|
| Conhecer mais! Saúde /Melhore seus estilos de vida. | Avaliação sobre conhecimento para a alimentação e estilos de vida saudável. | Médico e enfermeira da ESF, nutricionista NASF. Coordenador da AB. | Início em 2 meses com avaliações cada semestre. | | | |
| Viver com Saúde! Conheça mais de HAS /Aprenda sobre HAS. | Avaliação sobre o nível de informação da população sobre a HAS, promoção e debates comunitários sobre o tema. | ESF | Início em 2 meses com avaliações cada semestre. Capacitação dos ACS em 1 mês. | | | |
| Atenção Integral! Cuidar mais /Projeto Controle contínuo. | Capacitação do pessoal EBS. Aumentar o número das consultas especializada | Equipe de saúde. Coordenador da AB, Secretaria de Saúde. | Capacitação em 2 meses. Começar em 3 meses. | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|
| | <p>s e exames de laboratórios para Hipertensos.</p> <p>Fornecer e melhorar equipamentos dos ESF. Garantir um maior número consultas, visitas domiciliares, dinâmicas de grupos operativos.</p> | | <p>Avaliações cada semestre.</p> | | | |
|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|

Fonte: Autoria própria, 2016.

6.2.11 Monitoramento e avaliação.

Será realizada uma avaliação da Intervenção através do prontuário do paciente, a cada semestre. Durante este processo, os pacientes hipertensos serão reavaliados durante a consulta de hiperdia quanto aos hábitos alimentares, uso de medicamentos, prática de atividade física e dados sobre pressão arterial, peso, circunferência abdominal, IMC e avaliação laboratorial (resultados de exames como colesterol, triglicérides, glicose). Após a reavaliação, os resultados serão analisados pela equipe de saúde visando correções de rumo e, também, apresentar à Secretaria Municipal de Saúde do município para apreciação e/ou sugestões das ações.

Tabela1: Instrumento visando avaliar os hábitos e estilo de vida dos usuários na ESF Novo Silvestre.

| ITEMS | | Semp re | Qua se sem pre | Às vez es | Qua se Nun ca | Nunc a |
|-------|--|------------|-------------------------|-----------------|------------------------|-----------|
| | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 01 | Realizou consulta médica no último ano para acompanhar a pressão arterial? | | | | | |
| 02 | Toma seus medicamentos todos os dias e nos horários indicados? | | | | | |
| 03 | Com o início do tratamento, faz uso de alimentação rica em sal? | | | | | |
| 04 | Com o início do tratamento, faz uso de alimentação rica em frituras/gordura? | | | | | |
| 05 | Faz uso de bebida alcoólica com frequência? | | | | | |
| 06 | Com o início do tratamento, faz uso de alimentação como pizzas, sanduíches, pastéis, batatas fritas, salgadinhos em geral e empanados? | | | | | |
| 07 | Procura com frequência a unidade de saúde porque sua pressão arterial está alta? | | | | | |
| 08 | Realiza exercícios físicos frequentemente? | | | | | |
| 09 | Tem dificuldades quanto às pessoas da sua família ajudar no tratamento da hipertensão? | | | | | |
| 10 | Possui alimentação que inclua frutas e verduras? | | | | | |
| 11 | Faz abandono do tratamento quando a Unidade não oferece os medicamentos? | | | | | |
| 12 | Comparece à Unidade para realizar o tratamento da HAS? | | | | | |
| 13 | Sente dificuldades para tomar a medicação ao ter que ingerir mais que dois comprimidos de uma só vez? | | | | | |
| 14 | Nas oportunidades que sua pressão arterial foi aferida, algumas vezes te informaram que a mesma estava elevada/alta? | | | | | |
| 15 | Mantém um estilo de vida estressante? | | | | | |
| 16 | No último ano realizou exames de laboratório? | | | | | |
| 17 | Fuma ou já fumou? Se já, há quanto tempo? | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

Tabela 2: Instrumento visando avaliar os serviços oferecidos na ESF Novo Silvestre.

| ITEMS | | Semp re | Qua se sem pre | Às vez es | Qua se Nun ca | Nunc a |
|-------|---|------------|-------------------------|-----------------|------------------------|-----------|
| | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 |
| 01 | Faltam medicamentos na unidade de saúde? | | | | | |
| 02 | Sente-se mal atendido na unidade de saúde onde faz acompanhamento? | | | | | |
| 03 | Falta local conveniente para realização de atividades físicas? | | | | | |
| 04 | Apresenta baixa participação em grupos de educação em saúde? | | | | | |
| 05 | Encontra dificuldades em conversar com os profissionais de saúde que o atendem? | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implementação do projeto de intervenção desenhado, espera-se melhorar o nível de adesão ao tratamento dos pacientes com HAS na ESF Novo Silvestre. Além disso, aumentar o nível de informação e conhecimentos dos pacientes respeito à doença permitirá um melhor controle da doença e dessa forma, diminuir as complicações derivadas da HAS e sua morbimortalidade.

Acredita-se que, aumentando a adesão da população a mudar o estilo de vida, com hábitos alimentares adequados para manter o peso corporal ideal, realização de exercicios físicos regulares, diminuição do consumo de sódio na dieta, abandono do tabagismo e do consumo indiscriminado de bebidas alcoólicas, além do uso correto das medicações, poderá haver a redução da PA e seu controle. Essas mudanças, unidas às diferentes ações de saúde a ser realizadas por parte da equipe no desenvolvimento do plano de ação com os pacientes hipertensos, poderá estimular a autonomia deles em relação a seu estado de saúde e ao controle da sua doença. Assim, o projeto contribuirá de forma significativa para a melhoria das condições de saúde e de vida da população adscrita e, por isso considero o projeto necessário e exequível.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel>. Acesso em: 05 jul. 2015.

_____. Portal da Saúde. **Programa Mais Médicos**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em: 05 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36, p. 19-20, 2013.

CAMPOS, Â. A. T. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: proposta de intervenção**. Chã Preta. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Maceió, 2015. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro>. Acesso em: 03 jul. 2016.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/>. Acesso em: 05 jul. 2015.

CAMPOS, L. G. **Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família Vila dos Montes - Governador Valadares**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Governador Valadares, 2014. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro>. Acesso em: 03 jul. 2016.

CASTRO, M. S. et al. **Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. American Journal of Hypertension**, New York, v. 19, n. 5, p. 528-533, may, 2006.

CHOBANIAN, A.V. et al. **Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Hypertension**, v. 42, n. 6, p.1206–52, dez. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748199>. Acesso em: 05 jul. 2015.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E. R. J. **Conduas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRANDI, A. M. et al. **Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study**, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC**. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

GUIRADO, E. A. et al. **Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial**. GacSanit, 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, **IBGE cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 05 jul. 2015.

LOPES, K. M. **Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo - uma revisão teórica**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.

MARQUEZ, C. E. et al. **Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? HICAP study NaMed Interna**, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Janaúba, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro>. Acesso em: 03 jul. 2016.

OLIVEIRA, F. P. **Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos idosos**. Revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí, 2013. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro>. Acesso em: 03 jul.2016.

RANGEL, J. M. Blog: **O Passado Compassado de Viçosa**. 2007. Disponível em: <<http://opassadocompassadodevicosa.blogspot.com/>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 59-65, 2009.

ROHRBACHER, I et al. **Orientação de mudança de estilo de vida de pacientes hipertensos.** Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/58-01/0000087394-08_1320_Revista%20AMRIGS.pdf. Acesso em: 05 jul. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** The Lancet, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Belo Horizonte. **Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica.** 2013. 25p.

SHARMA, A. M. et al. **High prevalence and poor control of hypertension in primary care: Cross sectional study.** J. Hypertension, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** São Paulo, SP. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

WILLIAMS, B. **The year in hypertension.** Journal of the American College of Cardiology, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.