

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YUSIMI DEL ROSARIO LEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA - FATORES
DIFICULTADORES PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO DA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA COPACABANA. UBERABA, MINAS GERAIS.**

UBERABA/ M. G.

2016

YUSIMI DEL ROSARIO LEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA - FATORES
DIFICULTADORES PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO DA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA COPACABANA. UBERABA, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Maria Edna Bezerra da Silva

UBERABA/ M. G.

2016

YUSIMI DEL ROSARIO LEDO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA - FATORES
DIFICULTADORES PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO DA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA COPACABANA. UBERABA, MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Maria Edna Bezerra da Silva

Banca Examinadora:

Professora Maria Edna Bezerra da Silva (Orientadora-UFAL)

Profª. Dra. Selme Silqueira de Matos - UFMG

Aprovado em, 10/março/2016 Belo Horizonte.

DEDICATORIA

Dedico este trabalho primeiramente a deus, pois sem ele nada seria possível.
A minha família pelo apoio incondicional e paciência nos momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a deus pela fé e força na busca de meus ideais.

Aos meus pais, Luis e Marisol, por ter me dado à vida e a educação para superar as dificuldades no caminho, pois sem o incentivo e apoio deles não estaria aqui neste momento, e cada passo que subo no degrau da vida, devo a eles por terem sido um grande exemplo de perseverança, mesmo em momentos de grandes dificuldades e provações, a eles agradeço quem sou hoje.

A meu esposo por sua compreensão e apoio.

Aos meus familiares, amigos, colegas de trabalho e a tudo aquele que de uma forma ou outra fez possível à realização deste trabalho.

**“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente
você estará fazendo o que é impossível”.**

São Francisco de Assis.

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular, crônica, não transmissível. Ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, constituindo um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, seja ele medicamentoso ou não. A Hipertensão Arterial no idoso está intimamente relacionada com grande número de eventos cardiovasculares, assim como associação a outras doenças crônicas e, conseqüentemente, à menor sobrevida. Uma pior qualidade de vida é fato nessa população, quando não tratada adequadamente. O objetivo geral deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes maiores de 60 anos com Hipertensão arterial da ESF Copacabana. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Vamos fazer uma intervenção comunitária sobre fatores que influenciam na adesão ao tratamento de pacientes com Hipertensão arterial Sistêmica maiores de 60 anos. Com este trabalho pretendemos obter como resultado uma melhora da atenção a fatores socioeconômicos e demográficos.

A Estratégia de saúde da Família melhor preparada e com melhor relacionamento do ESF com a comunidade. Maior apoio das famílias e da comunidade. Controle adequado da HAS e redirecionamento do tratamento. Adesão dos idosos ao tratamento, aceitação negociada, participação ativa destes pacientes em seu próprio processo de saúde e execução das atividades de grupo.

Palavras chaves: Idoso, Hipertensão arterial sistêmica, Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a cardiovascular disease, chronic, non-transferable. Occupies a prominent place in the context of epidemiological transition, constituting a major risk factor for the onset of heart disease. The control of SH is directly related to the degree of patient adherence to treatment regimen, whether medicated or not. The Hypertension in the elderly is closely related to large numbers of cardiovascular events, as well as the Association other chronic diseases and consequently to lower survival. A poorer quality of life is the fact that population, if left untreated adequately. The aim of this study is to develop an intervention project to increase treatment adherence of patients over 60 with hypertension ESF Copacabana. To develop the Intervention Plan will use the Strategic Planning Method Situational. Let's make a community intervention on factors that influence adherence to treatment of patients with Systemic Hypertension larger than 60 years. With this work we intend to get results in improved attention to socioeconomic and demographic factors. ESF better prepared and better ESF's relationship with the community. Greater support from families and the community. Adequate control of hypertension and redirection of treatment. Adherence to treatment of the elderly, negotiate da acceptance, active participation of these patients in the own health process and execution of group activities.

Key words: Elderly, Hypertension, Treatment adherence

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1- Priorização dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G, 2015. -----30
- QUADRO 2- Descrição do problema de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G, 2015. -----31
- QUADRO 3 - Desenho das operações para enfrentamento dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G, 2015. -----33
- QUADRO 4- Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos para enfrentamento dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G, 2015. -----36
- QUADRO5 - Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano para enfrentamento dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G, 2015. -----37
- QUADRO6 - Nono passo: Elaboração do plano operativo para enfrentamento dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G, 2015. -----37
- QUADRO 7- Acompanhamento do Plano de Ação. -----38

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1-MAPA DE LOCALIZAÇÃO DE UBERABA EM MINAS GERAIS. --13

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1. UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
2. IDH – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
3. IDEB – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA
5. USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
6. PROVAB – PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
7. DCV – DOENÇA CARDIOVASCULAR
8. SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.
9. ACS_ Agente Comunitária em Saúde.
10. UPA- Unidade de Pronto Atendimento.
11. CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento.
12. CAISM- Centro de Atenção Integral à Mulher.
13. ESB- Equipe de saúde Bucal.
14. DCNT- Doença Crônica não Transmissível.
15. HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.
16. OMS- Organização Mundial para Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	-----12
JUSTIFICATIVA	-----20
OBJETIVOS	-----23
METODOLOGIA	-----24
REVISÃO DA LITERATURA	-----25
PLANO DE INTERVENÇÃO	-----29
REFERÊNCIAS	-----40

1.INTRODUÇÃO

1.2 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Uberaba está localizado na região do Triângulo Mineiro, pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Encontra-se a 416,29km de Belo Horizonte. Segundo dados do IBGE sua população atingiu um número de 318.813 hab.

1.3 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO:

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhanguera, que ligava São Paulo a Goiás. A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816, que diferente das Minas Gerais estava livre do pagamento de impostos sobre minerais. Em 1816, a região do Triângulo Mineiro, que, na época, compreendia o Julgado do Desemboque (onde Uberaba se encontra) e o Julgado do Araxá, deixou de pertencer à Capitania de Goiás e foi anexada à Capitania de Minas Gerais. (PONTES, 1970).

Em 1840, Uberaba é elevada à categoria de comarca, a Comarca do Paraná, desmembrada da comarca de Paracatu. Uberaba é elevada da categoria de vila à categoria de cidade em 2 de maio de 1856. (PONTES, 1970).

A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana. Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros

projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade. (PONTES, 1970).

1.4 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

O município tem uma área total de 4.540,51 km², pertence à mesorregião do Triângulo mineiro/Alto Paranaíba, microrregião Uberaba, tem como municípios limítrofes: Agua Cumprida, Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava (SP), Aramida (SP), Miguelópolis (SP).

Concentração habitacional com base em contagem estimada do IBGE em 01/07/2009 é de 296.261 habitantes, com os seguintes dados estratificados: Por sexo: mulheres: 153.759 – 51,90 % homens: 142.502 – 48,10 %. Nº. Aproximado de domicílios e famílias 96,799. (IBGE 2010).

FIGURA 1: LOCALIZAÇÃO DE UBERABA EM MINAS GERAIS.



1.5- ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, indica que Uberaba saltou da 9ª para a 4ª colocação em Minas Gerais, num período de 10 anos. 0,772. Por índice de urbanização: Urbana: 287.077 habitantes- 96,9% Rural: 9.184 habitantes - 3,1%. (IBGE 2010).

A renda per capita média de Uberaba cresceu 81,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 539,67 em 1991 para R\$ 790,50 em 2000 e R\$ 978,01

em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 46,48% no primeiro período e 23,72% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 3,46% em 1991 para 2,06% em 2000 e para 0,67% em 2010. (IBGE 2010).

Com relação ao saneamento, a cidade tem 99,9% de abastecimento, Ligação de esgoto de 98%. Extensão de redes: Rede de água: 698,65 km Rede de esgoto: 655,25 km. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, UBERABA, 2014).

Apresenta como principais Atividades Econômicas: Açúcar e álcool, Avicultura, Biotecnologia, Algodão, Alimento e bebida, Bovinocultura de corte e leite, Calçados e confecções, Comercio em geral, Cosméticos, Construção civil, Ensino, Eletrodomésticos e ferramentas, Fertilizantes, Indústria química, Hortifrutigranjeiros, Metalomecânica, Ovinocultura, Indústria moveleira, Produção agrícola, Piscicultura, Prestação de serviços, Suinocultura, Tubos plásticos e derivados.

1.6- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

A taxa de longevidade: aumentou de 68,97 para 73,93 anos, uma das maiores do país e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos. Em contrapartida a taxa de mortalidade infantil em Uberaba foi de 9,51%, uma das menores do Brasil. Uberaba tem tudo para se viver com qualidade e tranquilidade. Está bem localizada, tem uma economia diversificada, ótimas escolas e saúde de primeiro mundo. (DATASUS, 2010).

A taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,0% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010. Taxa de alfabetização: 98,70%. Em Uberaba, não falta escola para quem quer estudar. (IBGE, 2010).

1.7- Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc.).

O município possui uma cobertura de 52,44%, contando com 22 Unidades de Saúde da Família - USF, nove UMS, seis NASF e 47 equipes de saúde da família. Ainda conta com três CEO. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

Sistema de Referência e Contra referencia

Redes de Média e Alta Complexidade

I. Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constituem a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde, nela podemos encontrar as Unidades Básicas de Saúde entre as que estão: USF: Edison Reis Lopes, USF Virilânea Augusta Lima, USF Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, USF Rosa Maria, USF Residencial 2000, USF Fco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, USF Lecir Nunes Ramos, USF Sebastião L. Costa, USF Beija Flor, USF Romes Cecílio, USF JD Copacabana, USF Fausto Cunha, USF Maria de Oliveira, USF Jacob José Pinto, USF Inimá Baroni, USF Palmira Conceição, USF Norberto, Eurico Vilela Farmácia. Estas unidades básicas oferecem serviços de clínico geral, odontologia, psicologista, nutricionista, fisioterapia, etc.

Nesta rede de atenção temos também as unidades matriciais, desta modalidade temos dois tipos as que oferecem serviço de clínico geral, pediatria e ginecologista, além de plantão de clínicos geral, e seu serviço é desde 07h00min horas até 22h00min horas, dentre delas temos UMS Guaritá, UMS Nossa Senhora Abadia, UMS Maria Tereza, UMS Nidia M Veludo, UMS Luiz Meneghello e UMS Êzio Martino. Outro Tipo desta Modalidade são as UMS que oferecem serviço de pediatria e ginecologia e seu trabalho se desenvolve desde as 07h00min horas até 19h00min horas. Estas são: UMS George Chiree, UMS Prof. Aluizio Prata e UMS Valdemar Hial.

II. Nível secundário ou rede de Atenção Secundaria: Este Tipo de Atenção está preparado para avaliação de pacientes de risco meio e são unidades que contam com serviço ambulatorio especializado ao qual se encaminham os pacientes que não se pode resolver seu problema na atenção básica, estas unidades tem dermatologistas, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas, especialidades odontológicas, etc. Dentre destas unidades temos as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Humberto Ferreira e São Benedito e as Unidades Regional de Saúde (URS) São Cristóvão e Boa Vista. Neste nível temos também Centros Especializados em reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga (CAPSD e CAPS), Centros de Testagem Anónima (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST).

III. Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciária: Esta constituída por a Atenção Hospitalar onde se dá atendimento a pacientes de alto risco o com doenças de maior complexidade, dentre deles temos Hospital das Clínicas ou Hospital Escola e o Hospital Universitário Mario Franco. Nesta atenção temos também a modalidade de Tratamento Fora do Domicilio (TFD) para pacientes com doenças de alta complexidade e que sua solução encontrasse fora do município, o sistema garanti transporte para levar aos pacientes para outros municípios onde se realiza seu tratamento ou avaliação, como por exemplo, Ribeirão Preto, Uberlândia, etc.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

O total de número de família e de habitantes é de 818 famílias e 2006 habitantes.

Quanto a escolaridade, a maior parte dos adultos, só fez o ensino básico e alguns têm voltado a estudar no período noturno, cerca de 20% das pessoas, sobre tudo idosos, são analfabetos.

O Bairro conta com poucos recursos públicos, É uma população de baixa renda com quantidade significativa de pessoas portadoras de necessidades especiais que precisam de acompanhamento com psicólogas e assistentes sociais. As casas de um modo geral são construídas de alvenaria, acabamentos simples, muitas recobertas com telhas. A média dos moradores por domicilio varia de 5 a 8 pessoas. A iluminação é feita pela rede publica. A maioria das casas é própria, do

projeto minha casa minha vida do governo Federal, e algumas da caixa econômica, sendo que algumas são alugadas ou cedidas.

O transporte é feito predominantemente por ônibus. Alguns moradores possuem motos e carros. A renda familiar varia, mas a média é um salário mínimo por família. Há distribuição de cestas básicas para pessoas com dificuldades temporárias e permanentes. O número de nascimentos é elevado, assim como o número de gestações na adolescência e existe um elevado número de mães solteiras.

As doenças predominantes são: em crianças gripe e parasitismo intestinal, em adultos é fundamentalmente a Hipertensão Arterial, Diabetes e doenças decorrentes da HAS, como cardiopatia isquêmica, Valvulopatias, AVE e ICC, além acharem muitos casos de Dependência Química, na população jovem por debaixo dos 30 anos que além é em sua maioria desempregada. Em idosos prevalecem a HAS, os transtornos Depressivos, Cardiopatias e osteoartrose.

Os problemas de saúde da criança estão dados por falta de higiene, a má alimentação e falta de conscientização das mães. Do idoso a falta de uso diário das medicações, falta de apoio familiar, e baixa renda para adquirir algumas medicações.

As principais causas de morte são os problemas cardíacos, secundários às doenças crônicas mal tratadas fundamentalmente em idosos; acidentes de trânsito e violência (causada pelo uso de drogas e álcool) também constituem causas de morte frequente na população jovem. As causas mais comuns de adoecimento são resultado pelo estilo de vida das pessoas tais como: Hábitos dietéticos inadequados, sedentarismo, obesidade, tabagismos, e consumo de drogas.

A comunidade, conta com poucos recursos, incluindo a nossa área de saúde, PSF Copacabana, tem uma escola, uma creche, e várias igrejas.

Os serviços existentes na maioria das casas são suficientes, são abastecidas de água pelo CODAU, mas existem algumas casas com cisternas, Há serviço de coleta de lixo regular (duas vezes por semana), mas existem áreas de acúmulo em alguns terrenos baldios e quintais. Há lixo na rua, mas não em grandes quantidades.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A UBS Copacabana está inserida no meio da população de abrangência, na Rua Angra dos Reis, no distrito dois de Jardim Copacabana; é muito procurado e o atendimento é feito por agendamentos, para os quais os pacientes com doenças crônicas são os de maior procura, mais também fazemos seguimento de gestantes e puericulturas de forma agendada; sempre temos vagas para os encache de algumas urgências, os casos de urgência que não puderem ser solucionados em nossa unidade, assim como as emergências são encaminhados para UPA. Existe dificuldade para a marcação de consultas com especialidades, pois a fila eletrônica é muito demorada.

2-JUSTIFICATIVA:

O número temático da revista "the Lancet", sobre a saúde no Brasil, apresenta em seu capítulo sobre doenças crônicas não transmissíveis, o enorme desafio para o controle dessas doenças e seus fatores de risco. As doenças cardiovasculares respiratórias crônicas, renais, diabetes e cânceres, são atribuídos cerca de 70 % dos óbitos em 2007 (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Em termos de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco globalmente conhecidos são pressão arterial elevada (responsáveis por 13% das mortes, no mundo) tabagismo, (9%), altos níveis de glicose sanguínea, (6%), inatividade física, (6%), e sobrepeso e obesidade (5%). (WHO, 2009). As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas estão diminuindo possivelmente como resultado do controle dos fatores de risco e do acesso à atenção primária. (SCHMIDT *et al.*, 2011)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças cardiovasculares de maior prevalência no Brasil e no mundo. Estima-se que no Brasil haja um número elevado de pessoas adultas com hipertensão arterial em tratamento nas instituições de saúde. Não há levantamentos de prevalência de hipertensão arterial como um todo, porém estudos isolados mostram variações de 22,3% a 43,9% (LÓLIO, 1990; FREITAS *et al.*, 2001; JAMA, 2003; European Society of Hypertension, 2003).

A Hipertensão é um dos principais problemas de saúde da medicina contemporânea em países desenvolvidos e o controle do que é a pedra angular sobre a qual devemos agir para diminuir significativamente a morbidade por cardiopatia coronária, doenças cerebrovasculares e renal. (ABC. MED. BR, 2008).

Estudos epidemiológicos concluíram que vários fatores de risco estão relacionados à hipertensão, dentro destes estão citados: idade, sexo, cor da pele, o patrimônio, as dietas ricas em sódio, oligoelementos, fatores socioculturais, alcoolismo, tabagismo, hiperlipidemia e doenças tais como a doença cardíaca isquêmica, doença cerebrovascular e diabetes mellitus. (SEUHT. NATIONAL INSTITUTES OF HEARTH, 2008, p. 15).

Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida. Um fato preocupante é que muitos indivíduos

só descobrem que são portadores da doença quando apresentam complicações grave. Brandão et al (1993) enfatizam que, de toda a população de hipertensos, cerca de um terço não sabe que tem a doença e, dentre os que sabem, apenas a metade adere, efetivamente, ao tratamento.

Visando apoiar as equipes de saúde a responder melhor ao aumento das doenças crônicas, principalmente em pacientes idosos, e seus fatores de risco, às comorbidades e seus demais consequências do aumento da expectativa de vida da população, o ministério de Saúde lançou, em 2011 o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil-2011-2022. (MALTA *et al.*, 2010)

A baixa adesão ao tratamento da HAS por parte dos pacientes idosos de nossa área constitui um problema de saúde, dito problema deriva-se, fundamentalmente do fato de que muitos dos pacientes, sobre todo idosos, não tem participação nas atividades do grupo de hiperdia e encontram-se descontrolados, o que aumenta a morbidade e a demanda espontânea à consulta, e tem-se prouzido um incremento das complicações como AVC, e cardiopatias.

É sabido que o idoso consome mais serviços de saúde, as internações são frequentes e mais longas, quando comparadas a outras faixas etárias. De modo geral as enfermidades dos idosos são crônicas e múltiplas, persistem por varios anos, exigem acompanhamento medico e de equipes multidisciplinar. Os serviços de saúde, por sua vez possuem importancia crucial para a redução das doenças crônicas e suas complicações.

Essa faixa etária merece uma preocupação maior e mais intensiva dos profissionais de saúde, devido ao aparecimento de doenças degenerativas e até mesmo metais, sendo assim a HAS pode surgir como um fator complicador, reduzindo drásticamente à qualidade de vida destes indivíduos. (LIMA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Nossa equipe de saúde reconhece a importância e a necessidade de identificar irregularidades que apontam para a presença ou ausência de alguns fatores que influenciam a adesão ao tratamento dos pacientes idosos e que podem agir a partir de diferentes níveis de determinação desse comportamento, permitindo aos grupos de intervenções diretas argir com a população e indivíduos portadores das doenças crônicas não transmissíveis.

3-OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para agir sobre os fatores que influenciam na adesão ao tratamento de pacientes maiores de 60 anos com Hipertensão arterial da Estratégia Saúde da Família de Copacabana, município de Uberaba, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

-Desenvolver práticas de educação em saúde pela Equipe Saúde da Família visando melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão;

-Aumentar o grau de compensação de Hipertensão Arterial Sistêmica nos idosos da comunidade;

-Desenvolver ações educativas junto aos idosos com doenças crônicas e seus familiares, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão;

-Melhorar a relação e o intercambio de conhecimentos e experiências entre profissional da saúde e o paciente.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 110). Vamos fazer uma intervenção comunitária sobre fatores que influenciam na adesão ao tratamento de pacientes com Hipertensão arterial Sistêmica maiores de 60 anos.

Aplicaremos métodos quantitativos e qualitativos para identificar os fatores de risco e dividiremos o estudo em três etapas: Etapa de Avaliação, Etapa diagnóstica e Etapa de intervenção.

Resultado esperado:

Depois de realizada nossa intervenção esperou bons resultados tanto para a comunidade como para a ESF Copacabana com:

- Melhora da atenção a fatores socioeconômicos e demográficos.
- ESF melhor preparada e com melhor relacionamento com a comunidade.
- Apoio das famílias e da comunidade.
- Controle da HAS nos idosos e redirecionamento do tratamento.
- Adesão dos idosos ao tratamento, aceitação negociada, participação ativa destes pacientes em seu próprio processo de saúde e execução das atividades de grupo.

A entrada dos dados vai ser realizada usando-se a planilha eletrônica Excel 2010 for Windows, sendo que estes dados serão posteriormente submetidos à análise estatística por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 13.0). Os dados serão analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, e organizados em quadros e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

Para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto foi realizada revisão narrativa da literatura por meio de levantamento bibliográfico de textos, livros, artigos científicos, coletados nas bases de dados da BVS, LILACS, MEDLINE, CEBES e SCIELO, utilizando-se os seguintes descritores: Idoso, Hipertensão arterial sistêmica, Adesão ao tratamento.

5-REVISÃO DA LITERATURA.

O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, seja ele medicamentoso ou não. Para o tratamento da hipertensão arterial utilizam-se medidas tanto não farmacológicas isoladas, como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Assim, o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (ARAÚJO, GARCIA, 2006).

A Hipertensão Arterial no idoso está intimamente relacionada com grande número de eventos cardiovasculares, assim como associação a outras doenças crônicas e, conseqüentemente, à menor sobrevida. Uma pior qualidade de vida é fato nessa população, quando não tratada adequadamente. (BORELLI *et al.*, 2008, p. 236 - 239)

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2003), estudo concluído em julho de 2003 pela OMS revelou que a manutenção do tratamento por parte dos pacientes portadores de doenças crônicas nos países desenvolvidos é realizada por apenas 50% dos doentes. Mas nos países em desenvolvimento esse número é muito menor.

Mais de 80% dos brasileiros adultos medem a pressão arterial regularmente, como comprova uma pesquisa de 2006, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. "O problema é a negligência nas demais etapas do processo, do diagnóstico, orientação do tratamento e uso efetivo dos medicamentos". E ela ocorre porque a doença não causa dor.

Por ser assintomática, sua descoberta dá-se de maneira quase acidental, pelo menos no seu início, em virtude de agir silenciosamente. Diante dessas características, 50% das pessoas portadoras de hipertensão não sabem dessa condição, e das demais que sabem da existência da patologia, apenas metade faz tratamento (MION JR, 1995).

O Brasil, atualmente possui cerca de 17,6 milhões de idosos. O envelhecimento à população é uma resposta à mudança de alguns indicadores de

saúde, em especial a queda da fecundidade e aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

Segundo estimativas em 2025, o país terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais e a maioria deles, cerca de 85%, apresentam pelo menos uma doença(IBGE 2014).

Entre essas doenças as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a Hipertensão arterial Sistêmica a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETOS, 2006).

A Hipertensão arterial apresenta como uns dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e em especial nos mais idosos. (ZAITUNE et. al.; 2006).

Segundo Mendes (2008) as elevações da pressão sanguínea são observadas durante o ciclo de vida, nas pessoas com mais de 60 anos, a prevalência de desenvolver a hipertensão é de 60 %. Com o envelhecimento ocorrem alterações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência de doença, que fazem aumentar a prevalência de pressão sanguínea elevada. Esse aumento também está ligado aos hábitos de vida dos indivíduos. Podemos concluir que à medida que a pessoa envelhece há maior probabilidade de se tornar hipertenso do que em faixas etárias inferiores, não considerando os outros fatores de risco predisponentes e sim só a idade.

Estudos demonstram que 09 de cada 10 indivíduos a partir dos 55 anos provavelmente desenvolveram HAS durante sua vida tornando- se um dos maiores problemas da saúde pública (MINAS GERAIS, 2006, p. 145).

A HAS ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica, e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas (ARAÚJO, GARCIA, 2006). O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, seja ele medicamentoso ou não. Para o tratamento da hipertensão arterial utilizam-se medidas tanto não farmacológicas isoladas, como associadas a fármacos anti-hipertensivos.

Assim, o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (ARAÚJO, GARCIA, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2003), estudo realizado pela OMS ressalta como prejuízos do não cumprimento do tratamento, as complicações médicas e psicossociais da enfermidade, a redução da qualidade de vida dos pacientes, a maior probabilidade de resistência aos fármacos e o desperdício dos recursos assistenciais.

Para Lopes, Ferreira *et.al.* (2003) o tratamento não medicamentoso pode controlar a hipertensão leve; quando associado com o tratamento farmacológico, pode melhorar o controle do paciente com hipertensão moderada/grave. A boa adesão ao tratamento não farmacológico e ao tratamento farmacológico da hipertensão constitui tarefa difícil para médico e paciente. Existem várias medidas não farmacológicas que, quando praticadas, resultam em grande benefício em relação ao controle da pressão arterial e co-morbidades comumente encontradas no paciente hipertenso. Dentre as medidas com eficácia comprovada e de melhor impacto na pressão arterial, merecem destaque a redução do peso, a redução do sódio da dieta e a prática regular de atividade física. (BLOCH *et. al.* 2008).

Para Mano, Pierin (2005), muitos fatores predis põem os indivíduos ao aumento da pressão arterial. A herança genética é o único que não é modificável. Os demais, como ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação. Portanto a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de vida saudável. Orsine Valente, (2006) afirma que uma variedade de modificações de estilo de vida e dietéticas é benéfica no tratamento da HAS, incluindo restrição de sal e redução de peso. Os fatores psicossociais, económicos, educacionais, estresse emocional, podem funcionar como barreiras para adesão ao tratamento e mudanças de hábitos. (FONSECA; COELHO; SILVA, 2009).

Considera-se que baixos níveis de controle da hipertensão arterial tenham relação direta com a pouca adesão ao tratamento. De acordo com Mano, Pierin (2005), promover a adesão ao tratamento da doença, por meio de estratégias que

elevem o controle da hipertensão arterial, traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento nesse nível de intervenção.

Para Clark *et. al.* (2000), encontros frequentes propiciam uma melhor monitoração dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso a informações que podem servir de base para a adesão. O número de vezes em que ocorrem as consultas e os encontros entre hipertensos e profissionais de saúde foi outro fator apontado como evento antecedente da adesão ao tratamento.

De acordo com Campos (1996), o trabalho em grupos, com a participação de familiares dos hipertensos, tem se mostrado favorável à adesão ao tratamento. O grupo estimula a reflexão, amplia o nível de conhecimento, permite que cada um fale de suas experiências em relação a sua patologia. Essa técnica funciona como suporte social, uma vez que os pacientes estão reunidos em torno de um problema comum e apoiados por uma equipe disposta a ouvi-los e a ajudá-los.

Para Araújo *et. al.* (1998), deve-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos, uma vez que a HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no estilo de vida de outros componentes familiares, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo. Desta forma, o apoio familiar foi apontado como um evento antecedente a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

O trabalho em equipe é fundamental no atendimento do idoso hipertenso. Conhecer os idosos, sua forma de vida é importante para elaborar um plano de assistência individualizado para facilitar o monitoramento do uso dos medicamentos. O trabalho interdisciplinar a través das ações educativas proporciona ao paciente uma visão mais ampla sobre a patologia e a importância do uso regular do medicamento, motivando- os a incorporação de atitude mais saudável dos hábitos de vida e a total adesão ao tratamento, evitando assim o risco cardiovascular.

6. PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

Para a realização da Análise de situação de saúde da comunidade precisamos de um processo de planejamento estratégico situacional que possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo.

É fundamental também para a realização de uma análise de situação de saúde o conceito de problema, sendo que um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos, os problemas são então, o nosso objeto de trabalho.

A identificação dos problemas de saúde da comunidade de abrangência da Estratégia Saúde da Família Copacabana foi feita a partir de uma visão geral dos problemas expostos pelos agentes comunitários e as pessoas da comunidade a través de uma estimativa rápida que permite coletar os dados pertinentes e necessários já que podem estar facilmente disponíveis. Estes dados foram coletados a través de registos, escritos existentes ou fontes secundarias, entrevistas com pessoas da área de abrangência utilizando roteiros ou questionários curtos e observação ativa da área.

A nossa equipe de saúde da família Copacabana, está trabalhando na procura de soluções mais viáveis para os ditos problemas.

Primeiro passo: Identificação dos principais problemas de saúde da comunidade:

1. Hábitos dietéticos desfavoráveis.
2. Alto índice de sedentarismo e obesidade.
3. Baixa adesão aos tratamentos das doenças crônicas não transmissíveis.
4. Alta incidência de doenças psiquiátricas.
5. Alta dependência de medicamentos psicoativos.
6. Alta incidência de gestação na adolescência.

7. Alto índice de tabagismo.
8. Baixa adesão ao grupo de puericultura.
9. Baixo nível cultural da população.
10. Dependência as drogas.

Segundo passo: Priorização dos problemas de saúde da comunidade:

Em segundo lugar passamos a fazer a priorização dos problemas de saúde da comunidade a qual foi feita com toda a equipe e representantes da comunidade, analisando algumas características dos mesmos, como magnitude, importância, vulnerabilidade e viabilidade, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, pontuando cada uma destas características; foram priorizados os problemas com pontuações mais altas; quedando estruturado da seguinte maneira:

Quadro 01: Priorização dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G., 2015.

Principais problemas.	Importância	Magnitude	Viabilidade	Vulnerabilidade	Soma	Prioridade
Hábitos dietéticos desfavoráveis.	08	06	05	03	22	10
Alto índice de sedentarismo e obesidade.	08	07	05	05	25	09
Baixa adesão aos tratamentos das doenças crônicas não transmissíveis.	10	10	10	10	40	01
Alta incidência de doenças psiquiátricas.	09	08	05	05	27	08
Alta dependência de medicamentos psicoativos.	10	09	09	09	37	03
Alta incidência de gestação na adolescência	10	10	09	09	38	02
Alto índice de tabagismo.	10	09	07	09	35	04

Baixa adesão ao grupo de puericultura.	09	09	07	08	33	05
Baixo nível cultural da população.	08	08	06	06	28	07
Dependência as drogas.	10	09	06	06	31	06

Terceiro passo: descrição do problema:

O tema para ser abordado é a baixa adesão aos tratamentos das doenças crônicas não transmissíveis em idosos acima dos 60 anos, este problema tem algumas variáveis que contribuem a sua priorização assim, por exemplo, na população de Copacabana temos 298 hipertensos acompanhados dos quais 202 é adulto maior de 60 anos, além estão cadastrados 152 diabéticos dos quais também o maior número é adulto maior e apresentam várias doenças crônicas associadas, como cardiopatia isquêmica, arritmias, insuficiência cardíaca, insuficiência venosa, hipotireoidismo, osteoartrose, entre outras, por tal motivo a maior parte deles estão com várias terapias medicamentosas, sendo um total de 241 idosos com poli terapia, o que influi de maneira determinante no cumprimento estrito dos tratamentos e por em de sua compensação; por outra parte é válida falar que muitos destes pacientes não têm cuidador ou responsáveis por eles, morando sozinhos e 48 deles não são alfabetizados, fatos que também dificultam o cumprimento do tratamento e o seguimento adequado do paciente.

Quadro 02: Descrição do problema de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G., 2015.

Micro Área.	Total de pacientes maiores de 60 anos com doenças crônicas associadas.	Residem sozinhos.	Paciente ou cuidador analfabeto.	Afetação de órgão alvo.	Não adesão ao tratamento.	Não controlados.	Uso de mais de três terapias.
ACS-1	59	03	14	28	31	32	56

ACS-2	57	02	12	22	29	29	53
ACS-3	69	03	08	32	33	33	62
ACS-4	73	05	14	29	34	34	70
TOTAL	258	13	48	111	127	128	241

Quarto passo: Explicação do problema.

Para o qual nos baseamos nosso estudo nas principais causas fatores que influem diretamente sobre o problema assim como as consequências do problema:

1. Disponibilidade e custo dos fármacos.
2. Manifestações da doença e das complicações.
3. Conhecimento sobre a doença e tratamento.
4. Motivação sobre a saúde e seu bem estar.
5. Possibilidades económicas.
6. Apoio familiar e da comunidade.
7. Organização dos serviços de saúde e qualidade dos cuidados.
8. Comunicação dos profissionais da saúde com os pacientes.
9. Possibilidades econômicas dos pacientes.
10. Nível cultural e crenças religiosas dos pacientes.

Quinto Paso: Identificação de nós crítico:

Fatores psicossociais:

- Conhecimento sobre a doença e tratamento
- Motivação sobre a saúde e seu bem estar.
- Nível cultural e crenças religiosas dos pacientes.
- Apoio familiar e da comunidade.

Fatores econômicos - educacionais:

- Possibilidades econômicas dos pacientes.
- Manifestações da doença e das complicações.
- Adesão ao tratamento.
- Disponibilidade e custo dos fármacos.
- Presença de mais de três terapias associadas.

Organização dos serviços de saúde:

- Qualidade dos cuidados.
- Satisfação com o atendimento recebido.
- Organização dos serviços de saúde e qualidade dos cuidados.
- Comunicação dos profissionais da saúde com os pacientes.

A baixa adesão ao tratamento dos pacientes adultos maiores com HAS constitui um problema influenciado por fatores que podem ser modificáveis relacionados tanto a fatores psicossociais, a fatores económicos educacionais e à organização dos serviços de saúde; estes fatores pode-se intervir com ações educativas para atingir uma melhoria da mesma e da qualidade de vida destes pacientes.

A seguir os passos desenhados pelo PSF Copacabana para a elaboração do plano de ação: Sexto Paso - Desenho das operações.

Quadro 03: Desenho das operações para enfrentamento dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G, 2015.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultado esperado	Produtos	Recursos Necessários
Fatores psicossociais	Atenção ao individuo Aumentar os conhecimentos dos pacientes com diabetes mellitus e HTA e a importância do tratamento.	População com melhor grau de educação em saúde, sobre as suas doenças, os fatores de risco e a importância do cumprimento do tratamento.	Oficinas sobre as doenças, seus fatores de risco as complicações e a importância do cumprimento do tratamento.	Cognitivo: informação sobre fatores de risco. Organizacional: Agenda organizada.
	Fornecer apoio psicológico e	Aceitação negociada,	Oficinas sobre autocuidado no	Cognitivos: técnicas de

	motivação para melhorar sua saúde.	participação ativa dos pacientes e família.	grupo de hiperdia.	comunicação e participação popular, Financeiros: distribuição de folhetos, etc.
	Avaliar complicações ou agravos e controlar sua evolução.	Controle das doenças de base e reavaliação do tratamento.	Busca ativa de sinais e sintomas de descompensação, tanto na consulta nos grupos e as visitas domiciliar.	Cognitivos: conhecimentos dos sintomas e sinais de complicações decorrentes das doenças de base.
	Avaliar a possibilidade de envolver e comprometer a família com a saúde de seus idosos com doenças crônicas.	Aumentar o apoio da família e a comunidade.	Dinâmicas familiares para envolvê-los e comprometer os no cumprimento do tratamento dos pacientes.	Cognitivo: conhecimentos sobre técnicas de educação em saúde e terapia grupal.
Fatores econômicos educacionais	Responsabilidade e equidade, avaliar adesão ao tratamento.	Controle da doença.	Palestras educativas sobre a importância do cumprimento do tratamento	Cognitivos: conhecimento sobre os diferentes tratamentos e controle de agravos. Financeiro: distribuição de folhetos e cartilhas.
	Melhorar a infraestrutura da UBS para a distribuição dos medicamentos.	Garantir a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento.	Realizar levantamento nas farmácias para verificar disponibilidade das medicações de HIPERDIA.	Políticos: Decisão de melhorar o abastecimento e variedade de medicações nas farmácias da rede pública.

Organização dos serviços de saúde.	Organização dos serviços: Garantir a qualidade da consulta médica e de enfermagem assim como o acolhimento feito pelo resto do pessoal da UBS.	Incrementar a assistência dos pacientes a consulta e cobrir más do 80% do atendimento dos pacientes com doenças crônicas.	Consulta médica agendada de forma individual tinindo em conta as necessidades de saúde de cada paciente, trabalho em grupo com orientação em grupo.	Organizacional: Agenda organizada.
	Melhorar a qualidade de trabalho das ESF com o grupo de hiperdia.	Aumentar as atividades em grupo para permitir a participação ativa dos pacientes.	Orientação em grupo vinculada ao grupo educativo de Hiperdia.	Cognitiva: Conhecimentos sobre o trabalho em grupo.
	Avaliar a interação das ESF com os pacientes, sua produtividade e conhecimentos sobre o tema.	Conseguir melhor preparação das ESF e melhorar sua interação e comprometimento com os pacientes.	Educação continuada das ESF sobre as doenças crônicas suas complicações e a importância do tratamento.	Cognitivos: Conhecimentos sobre as doenças crônica e ética em saúde.
	Melhorar a organização dos serviços do SUS para as Inter-consultas e estudos dos pacientes na atenção secundária com os especialistas.	Aumentar a quantidade de especialistas e atingir sobre a fila eletrônica para agilizar as Interconsultas dos pacientes.	Aumentar os recursos humanos capacitados na rede pública.	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para a rede pública.

Quadro 04: Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos para enfrentamento dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G., 2015.

Operação/ Projeto	Recursos críticos.
Atenção ao individuo.	Financeiros; distribuição de folhetos e cartilhas.
Responsabilidade e equidade.	Financeiros: para a distribuição de folhetos, cartilhas, etc. Políticos; decisão de colocar recursos nas farmácias da rede publica.
Organização dos serviços.	Políticos; decisão de colocar recursos humanos para a rede publica.

Quadro 05: Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano para enfrentamento dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G., 2015.

Operação/ Projeto.	Recursos críticos	Controle de recursos críticos.		Ação Estratégica.
		Ator que controla	Motivação	
Atenção ao individuo	Financeiros: Distribuição de folhetos e cartilhas.	Coordenador da atenção básica em saúde.	Favorável	Apresentação do plano de ação.
Responsabilidade e equidade.	Financeiros: distribuição de folhetos e cartilhas.	Coordenadora da atenção básica em saúde	Favorável	Apresentação do plano de ação.
	Políticos; colocar recursos na farmácia da rede publica.	Secretario de saúde, prefeitura do governo estadual.	Indiferente	Apresentação do projeto.
Organização dos serviços.	Político: colocação de recursos humanos na rede publica.	Secretario de saúde, prefeitura do governo estadual.	Indiferente.	Apresentação do projeto.

Quadro 06: Nono passo: Elaboração do plano operativo para enfrentamento dos problemas de saúde da ESF da comunidade Copacabana, Uberaba/M.G., 2015.

Operação	Resultados	Pro endemias e epidemias adultos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo.
Atenção ao indivíduo.	Aceitação negociada.	Oficinas sobre autocuidado no grupo de hiperdia.		Médico: Yusimi del Rosário, Enfermeira e ACS.	01 mês para iniciar atividades.
	População educada em saúde e bem informada sobre o controle das doenças.	Oficinas sobre fatores de risco das doenças crônicas e suas complicações, importância do tratamento regular.		Médico: Yusimi del rosário, Enfermeira: Patrícia.	02 meses para iniciar as atividades.
	Aumentar apoio da família e da comunidade.	Dinâmicas familiares e de grupo para o envolvimento no cumprimento do tratamento dieta e medidas gerais.		Médico enfermeira e ACS.	15 dias para iniciar as atividades.
	Controle da doença e redirecionamento do tratamento.	Busca ativa de sinais e sintomas de descompensação na consulta e na visita domiciliar.		Médico: Dra. Yusimi del Rosario; Enfermeira: Patricia.	15 dias para iniciar as atividades.
Responsabilidade e equidade	Garantir a disponibilidade do tratamento dos pacientes idosos com hipertensão arterial.	Realizar levantamento de medicações disponíveis nas farmácias da rede pública, de fácil acesso aos pacientes.	Apresentação do projeto	Gerente da UBS secretaria de saúde.	3meses.
	Controle da doença	Palestras		Enfermeira e	1 semana

	e redirecionamento do tratamento.	educativas sobre a importância do adequado cumprimento do tratamento.		ACS da equipe Copacabana.	para iniciar.
	Aumentar as atividades do grupo permitindo a participação ativa dos pacientes.	Orientação em grupo vinculada a programa educativo em grupo de hiperdia.		Dra. Yusimi del Rosario, enfermeira: Patricia.	15 dias para iniciar.
	Incrementar a más do 80% a consulta dos pacientes com HAS.	Consulta medica agendada e trabalho em grupo desvinculado de programa educativo.		Dra. Yusimi del Rosario Ledo.	15 dias pra começar.
Organizaçã o dos serviços.	Melhor preparação da ESF e seu relacionamento com os pacientes.	Educação continuada da ESF sobre as doenças crônicas suas complicações e importância do tratamento, assim como a ética em saúde e o relacionamento da ESF com os pacientes.		Médico e enfermeira.	15 dias para o início.
	Aumentar o numero de especialistas da rede publica, e atingir sobre a fila eletrônica para agilizar o processo.	Colocação de recursos humanos capacitados na rede publica.	Apresentaçã o do projeto.	Secretaria de saúde, prefeitura do governo estadual.	6meses.

Quadro 7- Acompanhamento do Plano de Ação:

Operação	Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Atenção ao indivíduo. Motivação para mudanças de estilo de vida, melhor adesão ao tratamento.	Proporcionar maior acessibilidade dos pacientes idosos hipertensos e seus familiares às consultas e atividades de grupo. Confecção de cartazes coloridos. Agenda aberta para consultas e visitas domiciliares destes pacientes.	Dra. Yusimi del Rosario. Enfermeira Patricia.	Três meses para a primeira avaliação.	Atividade já em andamento	Aumento do número de pacientes idosos hipertensos em consulta. Melhor aderência dos pacientes ao tratamento Participação da família no seguimento do idoso.	Três meses para a segunda avaliação
Responsabilidade e equidade. Educação em saúde, criação de momentos oportunos para a reflexão sobre o cuidado da saúde dos idosos.	Garantir a disponibilidade do tratamento dos idosos com hipertensão arterial. Uso orientado de medicação	Gerente da UBS. Dra. Yusimi del Rosario. Enfermeira Patricia. ACS da ESF Copacabana.	Quinze dias para iniciar as atividades. Três meses para a primeira avaliação.	Atividade em andamento	Bom acolhimento dos pacientes. Adesão dos idosos hipertensos ao tratamento. Controle adequado da	Três meses.

	s Construção de folheto explicativo				hipertensão arterial nos idosos.	
Organização dos serviços. Melhor preparação da ESF. Debater com a equipe de saúde formas de prestar aos idosos um atendimento humanizado.	Proporcionar maior acessibilidade dos idosos às consultas de atenção secundária Conquistar a confiança dos pacientes. Aumentar o grau de preparação dos integrantes da ESF Copacabana	Gerente da UBS. Dra. Yusimi del Rosario. Enfermeira Patrícia. ACS da ESF Copacabana.	01 semana para iniciar as atividades. Três meses para a primeira avaliação.	Atividades em andamento	Maior acessibilidade e dos idosos aos serviços de saúde. Maior controle da hipertensão. Prevenção de complicações. Equipe de saúde melhor preparada.	Três meses.

Espera-se que as ações propostas possam ser realizadas em conjunto com a gestão municipal, equipe de saúde e a população, proporcionando momentos de autonomia e governabilidade nos tratamentos de saúde, melhorando sua qualidade de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das doenças cardiovasculares de maior prevalência no Brasil e no mundo; além disso, como mostrado anteriormente, há um importante crescimento do número de idosos, o que tem causado grande preocupação por parte da saúde pública, pois na mesma medida de crescimento de esta parte da população também aumentam os problemas de saúde que cercam esses indivíduos, por exemplo, o aumento de internações por doenças crônicas não tratadas corretamente, entre elas a hipertensão arterial.

Muitos pacientes deixam de aderir ao tratamento por falta de informação adequada da doença, dificuldade na mudança de hábitos, além disso, muitos idosos moram sozinhos e alguns têm dificuldades para tomar a quantidade de medicamentos na hora e dosagem certa, devido ao esquecimento e até mesmo a limitação do entendimento na leitura das prescrições médicas.

Espera-se que com a realização desse trabalho, as necessidades e anseios dos pacientes idosos portadores de HAS da equipe de saúde da família de Copacabana sejam atendidos, e a prática da equipe melhorada, para que de fato esses pacientes aumentem sua adesão ao tratamento da patologia em questão.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Revista eletrônica de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: http://www.fen.urg.br/revista8_2/v8n2a11.htm. Acesso em: 23.03.2015.
- ABC. MED. BR, 2008. **Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 19 set. 2014.
- BORELLI F. A. O; *et al.* Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. **Rev Bras Hipertens**. Vol.15, n. 4, p. 236-239, 2008.
- BLOCH, K.V et. Al. Prevalência da adesão ao tratamento anti- hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão **CAD. SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v.24, n.12 p.2979-2984, dez 2008.
- CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n. 2, p.145-153, 2000.
- CURTO S; PRATS O; AYETERAN R. Factores de riesgo de HTA. **Rev Med Uruguay**. V. 20, p. 76-81. 2007
- DUENAS HERRERA, A. La hipertensión arterial. **Rev cubana med**, Ciudad de la Habana, v. 50, n. 3, sept. 2011. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000300001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2014.

EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION. European society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* v. 21, n. 6, p. 1011-1053, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2008-2012.** Disponível em: <http://ibge.gov.br> Acesso em: 19 set. 2014

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.M; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por a mostra de domicílio. **Cad. Saúde Pública**, 19 (3): 2003.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Evolução de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa saúde da Família em um centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm.* v. 18, n. 3, p. 269-275, 2005.

MENDEZ R, Barata JLT. Envelhecimento e pressão arterial. *Acta Med. Port.* 2008; 21(2) 1938.

MINAS GERAIS Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso.** Belo Horizonte: SAS/ MG. 2006. 186p.

MION, JR. et al. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *J. Bras. Nefrol.* v. 17, n. 4, p. 229-236, 1995.

OMS. **Serie de informes técnicos.** Prevención Primaria de la hipertensión arterial esencial. 2002, p.686.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e serviços de saúde**, V.15, n.1,p.35-45, 2006.

PEREZ CABALLERO, M. D. Guías para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el siglo XXI. **Rev cubana med**, Ciudad de la Habana, v. 52, n. 4, dic. 2013. Disponível em:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000400008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 01 jun. 2015.

PONTES, H.A. **História de Uberaba e a Civilização do Brasil Central**, Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1970.

SEUHT NATIONAL INSTITUTES OF HEARTH. Report of Joint National comunittee on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of Higt Blood Pressure. **NIH Pub.** 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. OMS alerta para baixa adesão ao tratamento. Disponível em: [http:// www. Sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149](http://www.Sbh.org.br/noticias.asp?codigo=149) . Acesso em:23.04.2015.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2013/2014-2017**. Uberaba-MG, 2014.