

ESTRATÉGIAS PARA MELHORIAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARIA REGINA DO MUNICÍPIO DE BENEDITINOS-PI

Alexis Rodriguez Hung¹

Maria do Amparo Salmito Cavalcanti²

1 Médico participante do Programa Mais Médicos, Especialista em Saúde da Família e Comunidade - UFPI/UNA-SUS. E-mail: alexisrodrigueshung@gmail.com.

2 Médica e Doutora em Infectologia pela FIOCRUZ. Email: normacely@uol.com.br.

RESUMO

Introdução: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome cardiovascular progressiva, que surge a partir de diversos aspectos etiológicos. Sua etiologia aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. **Objetivo:** propor melhorias na adesão ao tratamento de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria Regina do município de Beneditinos-PI. **Metodologia:** Tendo como algumas metas cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência em até três meses; buscar 80% dos hipertensos faltosos às consultas; garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física e tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados; capacitar a equipe para o acompanhamento dos hipertensos nas duas primeiras semanas da intervenção. **Resultados:** Trata-se de um projeto de intervenção, onde o médico da equipe irá realizar uma capacitação e treinamento sobre a temática em foco para equipe, bem como irá solicitar colaboração dos gestores do município. Para cada membro da equipe foi direcionado suas responsabilidades na intervenção e estabelecido um cronograma de atividades que envolviam consultas programadas, busca ativa de pacientes faltosos, solicitações de exames, palestras educativas, dentre outras. **Conclusão:** portanto, é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Atenção Básica. Assistência.

STRATEGIES FOR IMPROVEMENTS IN THE ACCESSION TO THE HYPERTENSIVE PATIENT TREATMENT OF THE MARIA REGINA HEALTH UNIT OF THE MUNICIPALITY OF BENEDITINOS-PI

ABSTRACT

Introduction: Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a progressive cardiovascular syndrome that arises from several etiological aspects. Its etiology increases progressively with age and is also related to skin color, family history of hypertension and behavioral habits. **Objective:** to propose improvements in adherence to the treatment of hypertensive patients at the Maria Regina Basic Health Unit in the municipality of Beneditinos-PI. **Methodology:** Having as some goals to register 80% of the hypertension of the area of coverage in up to three months; seek 80% of hypertensive patients who are absent from consultations; to guarantee nutritional orientation on healthy eating, in relation to the regular practice of physical activity and smoking in 100% of hypertensive patients registered; to enable the team to follow the hypertensive patients in the first two weeks of the intervention. **Results:** This is an intervention project, where the team doctor will conduct training and training on the subject in focus for the team, as well as request collaboration from the managers of the municipality. For each member of the team, their responsibilities in the intervention were directed and a schedule of activities was established that involved scheduled appointments, active search of patients in need, requests for exams, educational lectures, among others. **Conclusion:** therefore, it is important to consider that the health needs of these clients require specific attention that can avoid high costs for the Health System and, above all, provide better health conditions to these people.

Key words: Hypertension. Basic Attention. Assistance.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma síndrome cardiovascular progressiva, que surge a partir de diversos aspectos etiológicos. Atinge grande parte da população em todo o mundo e se manifesta como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis de pressão arterial (PA) elevados, associados a alterações hormonais e a fenômenos tróficos (CARVALHO, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo. Trata-se de um fator de risco de alta prevalência afetando aproximadamente 35% dos brasileiros (WHO, 2012). No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por uma das principais causas das internações hospitalares e cerca de um terço de todos os óbitos (BRASIL, 2013).

A HAS e Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus, as quais formam um conjunto de morbidades geralmente associadas entre si, constituindo-se em graves problemas de saúde pública (ROSE et al., 2011). Hipertensão é cerca duas vezes mais frequente nos diabéticos do que na população em geral, afetando 30 a 80% destes doentes, dependendo do grau de obesidade, idade, etnicidade e tempo de evolução da doença (CARVALHO, 2011).

Neste sentido, a OMS (2012) divulgou que a hipertensão arterial é responsável pela morte de 9,4 milhões de pessoas por ano, em todo mundo, além de estar relacionada com 45% dos ataques do coração e 51% dos derrames cerebrais. A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. Mudanças no estilo de vida, tais como, realização de atividade física, perda de peso, redução da ingestão de sal e álcool, além de dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras, contribuem para reduzir os níveis da pressão arterial (CAVALARI et al., 2012).

A pressão alta é uma doença crônica, mas pode ser controlada. Para isso, é preciso que o paciente faça uso do medicamento por toda a vida. O problema é que, apesar de causar ataques cardíacos e derrames, em alguns casos a doença é

assintomática e a pessoa desconhece que é portadora de HAS. Para evitar a hipertensão é necessário adotar medidas como: reduzir a ingestão de sal (o ideal é consumir até uma colher de chá por dia do ingrediente), fazer atividades físicas três vezes por semana e não fumar. Além disso, é importante o acompanhamento clínico a cada seis meses (VITOR et al., 2011).

Neste sentido, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à Hipertensão Arterial Sistêmica o Ministério da Saúde assumiu parcerias com os estados, municípios e sociedade, dando suporte para a estruturação e melhorias na atenção aos portadores desta patologia. Em contrapartida, é de fundamental importância que os municípios, instituições e Programa Saúde da Família (PSF) vinculados às suas Coordenadorias Regionais de Saúde invistam em estratégias para maior acompanhamento dos pacientes após o diagnóstico e cadastro no PSF (CAVALARI et al., 2012).

Ao longo dos últimos trinta anos, houve uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população brasileira com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares. No entanto, aproximadamente 40% dos pacientes hipertensos encontram-se sem tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem as metas de controle da PA (< 140/90 mmHg). Assim, embora a relação entre elevado risco cardiovascular e HAS estejam bem definidas, somente pequeno número de pacientes que utilizam medicamentos anti-hipertensivos atinge as metas de controle de PA (VERAS; OLIVEIRA, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde divulgou as diretrizes para a conformação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma forma de organizar o sistema de saúde nos âmbitos local e regional, considerando as diferentes densidades e complexidades tecnológicas em um território definido. As RAS são constituídas de cinco componentes: (1) Atenção Primária à Saúde; (2) Atenção Especializada; (3) Sistemas de Apoio; (4) Sistemas Logísticos; e (5) Governança (MENDES, 2014). O entendimento operacional dos componentes é fundamental para o sucesso da implantação das RAS no que tange à equidade no acesso e à otimização de ações e serviços frente às necessidades de saúde e ao perfil epidemiológico dos usuários (MENDES, 2011).

De acordo com Brasil (2011), o tratamento inicial da hipertensão consiste exclusivamente em uma mudança no estilo de vida, incluindo basicamente, a

adaptação a um plano alimentar específico e a prática de atividade física. Concomitantemente, deve-se iniciar um programa de educação em diabetes e hipertensão, abordando temas de importância e dando ênfase ao plano alimentar e aos benefícios da atividade física.

Magalhães Júnior (2014) descrevem que redes de atenção favorecem a oferta de ações integrais centradas no usuário e asseguram a otimização da oferta assistencial e dos recursos, conferindo eficácia ao sistema de saúde. Para o momento sanitário atual, no qual se buscam alternativas para o alcance da equidade no acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, essa estruturação pode ser considerada a melhor estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde pública.

Pensando na importância no acompanhamento na rede de atenção básica o foco de intervenção deste projeto consiste na Hipertensão Arterial Sistêmica, uma vez que são necessárias ações voltadas às mesmas, devido o grande número de pacientes com essa doença comparado ao total da população adscrita da UBS, além dos dados cadastrais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) demonstrarem falta de controle de pressão arterial de grande parte dos pacientes hipertensos (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009).

Desta forma, tornar-se necessário à realização de um trabalho específico com esse grupo (através de um acompanhamento rigoroso dos pacientes, explicações sobre as doenças e suas complicações e pela otimização das medicações), com fins de lhe proporcionar melhores condições de saúde.

Nessa perspectiva, percebe-se que as ações de promoção de saúde prestadas pela ESF têm trazido uma melhora nas condições de saúde desta população em especial. Isso, porque promove um atendimento de qualidade aos hipertensos, priorizando dois turnos para atendimento a esse grupo, solicitando exames complementares de rotina e buscando pacientes descompensados ou com pressão arterial sistêmica ou glicemia alteradas, com o intuito de promover ações de saúde e executar estratégias para estes pacientes adscritos da área de abrangência.

Portanto, realizar um acompanhamento rigoroso dos pacientes por meio de implementação de reuniões e palestras rotineiras para orientar os usuários acerca de sua doença e sobre os benefícios com controle das mesmas, assim como otimização das medicações juntamente com estratificação daqueles clientes com maiores risco de complicações cardiovasculares e adesão maior da equipe a fim de

buscar o bem-estar desses usuários, poder-se-á melhorar a atenção à saúde aos hipertensos.

1.1 OBJETIVOS:

1.1.1 Objetivo geral:

Propor melhorias para a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria Regina do município de Beditinos-PI.

1.1.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo;
2. Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao cliente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão;
3. Propor subsídios para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Particularidades da Hipertensão Arterial

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, tendo como principais fatores de risco a hipertensão e o diabetes. A prevalência da hipertensão nos idosos é superior a 60%, tornando-se fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo assim correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica (FREITAS et al., 2006).

A HA é uma entidade clínica multifatorial e segundo VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados e sustentados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência da HA é elevada, estimando-se que entre 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010).

A prevalência de HAS aumenta progressivamente com a idade e também está relacionada à cor da pele, história familiar de hipertensão e hábitos comportamentais. Mudanças no estilo de vida, tais como, realização de atividade física, perda de peso, redução da ingestão de sal e álcool, além de dieta rica em frutas e vegetais e pobre em gorduras, contribuem para reduzir os níveis da pressão arterial (CAVALARI et al., 2012).

Oksanen et al. (2011), em seu estudo, afirmam que a hipertensão é um problema de saúde cada vez mais comum que afeta atualmente um bilhão de pessoas em todo o mundo. Embora medicamentos eficazes estejam disponíveis para controlar a pressão arterial elevada, a adesão ao tratamento continua sendo um grande problema. A quantidade de pacientes hipertensos que aderem ao tratamento (ou seja, tomam medicamentos como prescrito), é estimada em 50% a 90%.

2.2 Consequências da Hipertensão Arterial

Em uma pesquisa realizada por Nunes et al. (2009) identificaram que a hipertensão arterial foi a morbidade mais prevalente (62,7%), seguida dos problemas de coluna (40,3%) e doença cardiovascular (32,3%). Em 90% dos idosos estudados foi observada a presença de, pelo menos, uma doença crônica, e 100% utilizavam medicamentos.

Segundo Monteiro, Farias e Alves, (2009), idosos com hipertensão, particularmente hipertensão arterial não controlada, têm um aumento significativo no risco de invalidez, independente de outros fatores de risco e comorbidades. Esse estudo sugere uma associação entre hipertensão descontrolada, com elevação da PA sistólica, e deficiência em idosos.

Alves et al. (2007) ao estudarem 1769 idosos, com média de idade de 71,93, a hipertensão arterial foi a condição crônica mais frequente (53,4% da amostra). Os resultados desse estudo demonstraram que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso.

A hipertensão arterial mal controlada pode afetar a visão e causar doenças oculares. A hipertensão pode danificar os vasos sanguíneos da retina, a área localizada atrás dos olhos onde a imagem é formada. Essa doença é conhecida como retinopatia hipertensiva. O dano pode ser sério se não for tratado (VITOR et al., 2011).

Também pode provocar um ataque ou infarto cardíaco, que acontece quando o fluxo de sangue nos vasos do coração é insuficiente para nutrir as células cardíacas com oxigênio e glicose. Nem sempre um ataque do coração é fatal. Um atendimento rápido pode restabelecer o fluxo sanguíneo nos vasos afetados do coração. Os sinais de alerta de um ataque ou infarto cardíaco são: dor no peito que pode irradiar para o braço esquerdo ou mandíbula, acompanhada ou não de sudorese; desconforto epigástrico; mal estar, náuseas, vômitos, sensação de morte eminente e falta de ar (CONTIERO et al., 2009).

A hipertensão é a maior causa de doenças nos rins, incluindo a insuficiência renal. Pode danificar os vasos sanguíneos e os filtros renais, dificultando a remoção de escórias do organismo (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

A arteriosclerose é mais um dos sérios problemas relacionados à pressão alta. A arteriosclerose é a formação de placas nos vasos, levando a sua obstrução parcial

ou até total. Pode acometer qualquer vaso do organismo, sendo mais prejudicial quando ocorre em vasos de órgãos vitais como o cérebro, coração e rins. Com o tempo, a pressão mais alta no interior das artérias acaba por danificá-las, tornando-as mais vulneráveis a formação das placas de ateroma e estreitamento de sua luz. Isso reduz o fluxo de sangue para o órgão irrigado pela artéria acometida. O estreitamento da luz e as placas no interior das artérias também podem levar à formação de pequenos coágulos de sangue, o que é outro fator que favorece a obstrução do vaso acometido (VITOR et al., 2011).

2.3 Conduas para o controle da Hipertensão Arterial

Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão arterial, os níveis de controle da doença ainda é um grande desafio para os profissionais da área da saúde. Nesse sentido, estudo com hipertensos atendidos na atenção primária à saúde mostrou que 54,5% dos hipertensos não apresentavam pressão arterial controlada e as mulheres estavam mais controladas do que os homens ($p < 0,05$, 30,9% vs 52,6%, respectivamente) (PIEREN et al. (2009).

O controle pouco satisfatório dos níveis tensionais, na maioria das vezes, está relacionado à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem nesse processo. Em relação à doença, destaca-se a sua cronicidade e quanto ao tratamento medicamentoso, o fato do tratamento ser para toda vida, os efeitos indesejáveis das drogas e posologias complexas. No tratamento não medicamentoso, a necessidade de mudanças em hábitos e estilos de vida também podem ser aspectos que dificultam a adesão. Acrescenta-se como fatores intervenientes na adesão ao tratamento características do hipertenso, como sexo e idade e presença de outras condições crônicas associadas à hipertensão, como o Diabetes Mellitus, obesidade e alteração do perfil lipídico (SILVA; OLIVEIRA; PIERIN, 2016).

Para que haja tratamento e acompanhamento do paciente, o Ministério da Saúde implantou programa Hiperdia, o qual se destina ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) (CONTIERO et al.,

2009). Desta maneira, a prevenção primária constitui um dos manejos mais importantes nas doenças cardiovasculares (SILVA, 2011).

A hipertensão arterial é passível de prevenção e controle. Quando não controlada, ela representa um dos mais importantes fatores de risco para o acidente vascular cerebral e conseqüente incapacidade. O controle adequada hipertensão arterial entre adultos e idosos tratados é baixo (FREITAS et al., 2006).

De acordo com Brasil (2011), o tratamento inicial da hipertensão consiste exclusivamente em uma mudança no estilo de vida, incluindo basicamente, a adaptação a um plano alimentar específico e a prática de atividade física. Concomitantemente, deve-se iniciar um programa de educação em diabetes e hipertensão, abordando temas de importância e dando ênfase ao plano alimentar e aos benefícios da atividade física.

A magnitude do problema da hipertensão requer que medidas não somente relacionadas ao diagnóstico e tratamento sejam melhoradas, como também aponta a urgência da prevenção primária, introduzindo medidas que se iniciem na infância, visando a modificações do estilo de vida e o combate aos fatores de risco cardiovasculares (NUNES et al., 2009).

A hipertensão pode ser prevenida por meio de estratégias de modificação dos fatores de risco, uma delas baseada na população em geral e outra, nos indivíduos ou grupos de maior risco para pressão alta. As duas estratégias enfatizam seis enfoques: realização de atividade física moderada; manutenção do peso corporal normal; limitação no consumo de álcool; redução na ingestão de sódio, manutenção da ingestão adequada de potássio; consumo de dietas ricas em frutas e vegetais, baixa quantidade de gorduras saturadas e gorduras totais (VITOR et al., 2011).

A promoção da saúde, no sentido moderno, sustenta-se na constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde e no entendimento de que esta é produto de amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, superando a ênfase anteriormente dada aos estilos de vida (BRASIL, 2011).

Levando em consideração a magnitude e a complexidade das doenças crônicas, como por exemplo o diabetes mellitus e a hipertensão arterial a Rede de Atenção Básica deve configurar-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle destas doenças, pois por meio de sua equipe multidisciplinar é

necessário atuar em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destes pacientes, assim como na manutenção da saúde e na criação do conceito de corresponsabilidade do cuidado. Estas ações são fundamentais para o êxito do tratamento em pacientes hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2013).

É importante mencionar também que a hipertensão arterial raramente apresenta algum sintoma ou desconforto físico, e isso pode contribuir para o portador não se comprometer com o tratamento correto e adequado necessário ao seu controle, pois as pessoas tendem a perceberem doenças, quando há qualquer alteração na qualidade de vida que as impeça de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades rotineiras (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde o tratamento também dependerá muito da motivação pessoal, aceitação da doença e apoio familiar. Outras variáveis que intervêm na adesão são o tipo e as características da doença, evidenciados pela própria condição do paciente e pelo progresso de sua doença (BRASIL, 2013).

A HAS tem uma dimensão psicossomática, que não pode ser ignorada nas intervenções de saúde. Desse modo, a doença, além dos aspectos sociais e fisiopatológicos, possui associação com a emoção, na qual as condições corporais afetam a mente e vice-versa, num processo complexo e relacionado com o meio. Desta maneira, o estilo de vida envolve o cuidado e o controle da hipertensão arterial.

Estes cuidados incluem, no mínimo, educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico e fornecimento de medicamentos essenciais. Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis (NUNES et al., 2009).

Devido às altas taxas de prevalência da hipertensão arterial, são necessários estudos que ajudem a melhorar a adesão aos tratamentos antihipertensivos, sob pena de, mesmo com grande número de alternativas terapêuticas, o insucesso no controle da pressão arterial seja o fator definidor para o aumento de casos de eventos cardiovasculares graves. O problema do abandono do tratamento é um dos aspectos fundamentais no controle da HAS, uma vez que pode comprometer sua

efetividade, com consequências sérias para o próprio paciente, sua família e comunidade. Mas o abandono do seguimento médico não corresponde, sempre, ao abandono do tratamento, uma vez que parcela expressiva dos que deixam de frequentar o serviço de saúde mantêm parte das medidas prescritas e/ou frequentam outros serviços (VITOR et al., 2011).

A não aderência à medicação é uma preocupação importante para muitos profissionais de saúde, principalmente em pacientes com hipertensão ou hipertensão e diabetes, cujo controle destes agravos pode diminuir muito a mortalidade por estas doenças como também o gasto para atendimento das complicações das mesmas (BRASIL, 2011).

O sucesso da adesão implica em maior regularidade no tratamento e maiores oportunidades de ajuste da dose dos anti-hipertensivos e supervisão do tratamento não farmacológico. Porém, resta indagar sobre a continuidade desses índices pois, conforme literatura, a adesão varia na razão inversa do tempo de tratamento da hipertensão (BRASIL, 2013).

Ainda segundo Nair et al. (2011), entre os medicamentos antihipertensivos prescritos para controlar a hipertensão, mais da metade dos pacientes param de tomar seus medicamentos inteiramente dentro de um ano, e apenas 31% toma pelo menos 80% da medicação prescrita. Um relatório da Organização Mundial de Saúde estima que a aderência aos medicamentos anti-hipertensivos varie de 52% a 74%, quando a adesão é definida como a posse de um medicamento pelo menos 80% do tempo. Este relatório da Organização Mundial de Saúde identifica não aderência ao tratamento médico como um grave problema de saúde pública, especialmente em pacientes com condições crônicas (p.ex., hipertensão) (OMS, 2012).

3 PLANO OPERATIVO

OBJETO DA INTERVENÇÃO: melhorias na adesão ao tratamento de pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Maria Regina do município de Beneditinos-PI.

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Falta de adesão dos hipertensos ao tratamento	Estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo	Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência/ 3 meses	Durante as consultas médicas e de enfermagem serão oferecidas orientações sobre os benefícios das medicações.	1-Médico 2-Enfermeira
Faltosos ao tratamento	Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo	Buscar 80% dos hipertensos faltosos às consultas. 3 meses	Os ACS irão fazer visita domiciliar para informar aos pacientes a importância de esta com seu tratamento regular.	1 Agentes Comunitários de Saúde
Ausência de ações educativas para este público	Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao cliente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.	Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos acompanhados; Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física e tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos/ 2 meses. Garantir acompanhamento odontológico a 100% do hipertensos cadastrados	A cada 15 dias serão realizadas palestras sobre os seguintes temas pela enfermeira ou pelo médico. Também será solicitado participação da equipe do NASF (nutricionista e educadora física)	1-Médico 2-Enfermeira Equipe do NASF: educador físico; nutricionista.
Falta de capacitação da equipe	Propor subsídios para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo	Capacitar a equipe para o acompanhamento dos hipertensos/ uma vez por semana durante duas semanas.	O médico da equipe uma vez por semana, durante duas semanas irá repassar as recomendações do Ministério da Saúde para o acompanhamento da hipertensão arterial.	1-Médico

4 PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO

Antes de se iniciar a intervenção a enfermeira, os ACS, o cirurgião dentista, receberão um treinamento apresentado pelo médico da equipe. O médico realizará com a equipe reuniões no intuito de elaborar um cronograma para as ações de promoção e prevenção da saúde, sendo que os responsáveis por executar essas ações serão a médica e a enfermeira da equipe. Também contaremos com a colaboração da equipe do Núcleo de Saúde da Família (NASF). Desta maneira, a equipe da UBS e a equipe do NASF irão desenvolver palestras programadas que serão executadas quinzenalmente aos pacientes diabéticos.

A prefeitura também será convocada pelo médico, ainda na primeira semana da intervenção a respeito do financiamento para a produção de cartazes e panfletos com informações relevantes à saúde destes usuários, bem como para a divulgação da Proposta.

Além disso, será providenciado junto às farmácias populares o esclarecimento sobre a importância do acompanhamento de cada usuário pelos profissionais da UBS, bem como pactuado com os funcionários da farmácia para estes incentivarem os usuários a buscar a enfermeira e a médica da equipe para acompanhamento, evitando que sejam disponibilizados hipoglicemiantes sem que o usuário seja acompanhado pela equipe de saúde de sua área de abrangência.

Com a finalidade de melhorar e ampliar a cobertura de pacientes atendidos na UBS será monitorada o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção da UBS, bem como, será realizada busca ativa, através dos ACS, dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada. O médica e a enfermeira irão observar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do Programa de Atenção ao Hipertenso adotado pela UBS. Esse monitoramento será realizado semanalmente durante a reunião com a equipe.

O médico da equipe ficará responsável na primeira semana da intervenção em comunicar a importância desta agilidade dos exames complementares para garantir a qualidade do atendimento, organizar práticas coletivas com hipertensos sobre alimentação saudável e atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade.

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

O cirurgião dentista e a auxiliar em higiene bucal serão responsáveis por organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso, além de estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

Também será avaliado número de hipertensos com exame clínico apropriado (registro de pressão arterial e peso, avaliação de pulsos). Será avaliado o número de hipertensos que estão com os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada. Estas avaliações serão realizadas semanalmente nas reuniões com equipe por meio dos prontuários do paciente. O médico e a enfermeira irão monitorar o acesso e priorizar aos medicamentos anti-hipertensivos da Farmácia Popular.

Na ficha será compartilhado o registro dessas informações com a equipe, que por sua vez definirá algum membro que responsabilize pelo monitoramento desses registros e que organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto tiver atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, não realização de estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Para alimentação e organização do registro a enfermeira será a profissional responsável e realizará esta atividade semanalmente. Semanalmente a equipe estará discutindo e analisando o andamento da intervenção e os registros das informações.

O monitoramento será realizado uma vez por mês pela enfermeira da UBS, pois esta é a responsável pelos pedidos destas medicações. Ela também realizará o mapeamento e monitorizará do número de pacientes hipertenso com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco cardiovascular por ano. Para realizar tal atividade, sempre no momento da consulta o prontuário será avaliado para checar se ela foi executada ou não, caso não tenha sido realizada, o médico e a enfermeira devem aproveitar a consulta para desenvolvê-la. O médico e a

enfermeira também irão melhorar a qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

O monitoramento da intervenção será realizado quinzenalmente pelo médico e pela enfermeira, por meio da revisão das fichas dos pacientes e análise das fichas espelho para que seja possível identificar os faltosos e também aqueles com consultas atrasadas. Além disso, também serão checados a periodicidade dos exames complementares e entrega de medicações para o controle da HAS. Ao final das consultas médicas e de enfermagem todas as informações deverão estar no prontuário, para que os registros se mantenham coerentes com as ações realizadas.

Semanalmente serão realizadas reuniões com a equipe para discutir os problemas da UBS, bem como as estratégias para o projeto de intervenção, onde os ACS serão estimulados a continuar se engajando e realizarem busca ativa dos faltosos.

5 CONCLUSÃO

O desafio de oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com HAS da área de cobertura da ESF por meio de uma atenção adequada a estes clientes, juntamente com a atenção para a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades das pessoas com essas patologias.

Desta forma, é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Está incorporação é um dos principais desafios deste projeto de intervenção, o qual contará com o apoio de toda a equipe para que se consiga superar as dificuldades.

Sendo assim, algumas inquietações acerca do acompanhamento aos pacientes Hipertensoslevou a indagar quais são as reais necessidades deles, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente. De que modo os profissionais da saúde estão se preparando/capacitando para cuidar deles, e, principalmente, se tem sido oportunizado a esses clientes desenvolver autonomia e independência. Algumas dessas inquietações serão respondidas no decorrer do projeto de intervenção, porém outras ainda continuarão sem resposta, pois tais inquietações requerem a busca por mudanças estruturais e por políticas possíveis e factíveis, as quais responderão pela melhoria da qualidade de vida dos hipertensos.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às ações educativas e podem ser consideradas como alternativas importantes para assegurar a autonomia e independência destes clientes, como também o conviver com essas patologias com qualidade de vida.

Portanto, fica evidente que esse modelo condiciona a educação em saúde para ações que visam a modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e

mudanças de comportamento, através de orientações do médico, da enfermeira, da nutricionista, do educador físico, do dentista, enfim de uma equipe multiprofissional para propor atividades participativas, particularmente a formação de grupos para o Programa do Hiperdia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, jan. 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 10, p. 1199-207, set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial**. – Brasília: Ministério da saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília: Ministério da saúde, 2013.
- COSTA, J. M. BS.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do Município do Recife (PE - Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 623-33, mai. 2011.
- CONTIERO, A. P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades deacompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 62-70, mar. 2009.
- FREITAS, E. V. et.al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006.
- VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras.Hipertens**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 21-35, set. 2010.
- GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulg Saúde Debate**, São Paulo, v. 51, n. 23, p. 30-7, mai. 2014.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg Saúde Debate**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 15-37, mai. 2014.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 a Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Divulg Saúde Debate**, São Paulo, v. 52, p. 349, set. 2014.
- MONTEIRO,C.N; FARIAS,R.E; ALVES, M.J.M. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, v.12, n. 1, p.48-53, jan/mar. 2009.
- NAIR, K. V. et al. Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. **Patient Prefer and Adheren**, v. 5, n. 9, p. 195-206, set. 2011.

NUNES, M. C. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev Bras Fisioter.** Belo Horizonte, v. 13, n. 5, p. 376-82, set-out. 2009.

OKSANEN, T. et al. Workplace Social Capital and Adherence to Antihypertensive Medication: A Cohort Study. **PloSOne**, v. 6, n. 9, p. 732-58, set. 2011.

OMS. Envelhecimento ativo: um Projeto de Saúde Pública. In: **Anais do 2º Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento**; 2002 Madri, Espanha. Madri: OMS, 2002.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1389-400, set. 2009.

ROESE, A.; et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de Bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**: 2011.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 275-362, mai. 2011.

SILVA, S. S. B. E; OLIVEIRA, S. F. S.; PIERIN, A. M^a. G. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 50, n.1, p. fev. 2016.

VITOR, A. F. et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 25160, set. 2011.