

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM PACIENTES HIPERTENSOS E SUA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PERTENCENTE À UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

INTERVENTION PROJECT IN HYPERTENSIVE PATIENTS AND THEIR ADHERENCE TO DRUG TREATMENT BELONGING TO A FAMILY HEALTH STRATEGY (FHS)

Carolina Rodrigues de Oliveira Sousa^I

Denise Lima Malta^{II}

I-Autora-correspondente

II-Orientadora

RESUMO: Embora a detecção precoce contribua para reduzir significativamente as mortes e complicações, diagnosticar a Hipertensão Arterial Sistêmica não é suficiente. É fundamental conduzir corretamente o tratamento e convencer o paciente sobre a necessidade da adesão, uma vez que medicação associada às mudanças no estilo de vida são os responsáveis por evidências benéficas no perfil da morbimortalidade. Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Goiabeira, município de Pedro II, temos uma prevalência de 20,7% de hipertensão na população adulta assistida, constituindo um dos principais problemas de saúde. Esse estudo visa apresentar uma proposta de intervenção dos profissionais de saúde desta unidade, na terapêutica dos pacientes hipertensos, com o objetivo de ampliar a adesão e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade. Foram identificadas como causas de baixa adesão: falta de interesse na busca de conhecimento quanto à doença e tratamento, dificuldade de deslocamento para consultas e acesso à medicação, questões financeiras e resistência à mudança no estilo de vida. Serão propostas palestras, folhetos informativos, escuta individual, rodas de conversa com equipe multiprofissional, capacitação permanente com a equipe para sensibilização contínua da comunidade e reunião com gestores para melhoria da assistência. Espera-se que a utilização de ações educativas referentes à motivação e ao direcionamento ao autocuidado, além do estabelecimento de vínculos na relação paciente/ profissional, como base de sustentação para a implementação de uma abordagem multidisciplinar e individualizada de atenção à saúde, possam contribuir com o processo de adesão terapêutica, além da adoção de atitudes favoráveis à manutenção e prevenção de sua saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Adesão. Fatores associados. Prevalência.

ABSTRACT: Although early detection contributes to significantly reducing deaths and complications, diagnosing Systemic Arterial Hypertension is not sufficient. It is essential to conduct the treatment correctly and convince the patient about the need for adherence, since medication associated with lifestyle changes are responsible for beneficial evidence in the morbidity and mortality profile. In the coverage area of the Goiabeira Basic Health Unit, municipality of Pedro II, we have a prevalence of 20.7% of hypertension in the assisted adult population, constituting one of the main health problems. This study aims to present a proposal of intervention of health professionals of this unit, in the treatment of hypertensive patients, with the objective of increasing adherence and, consequently, reducing morbidity and mortality. Causes of low adherence were identified: lack of interest in seeking knowledge about the disease and treatment, difficulty in moving to consultations and access to medication, financial issues and resistance to lifestyle change. Lectures, information leaflets, individual listening, conversation rounds with a multiprofessional team, ongoing training with the team for ongoing community awareness and meeting with managers to improve care will be proposed. It is hoped that the use of educational actions related to self-care motivation and direction, as well as the establishment of links in the patient / professional relationship, as a basis for the implementation of a multidisciplinary

and individualized approach to health care, can contribute to the process of therapeutic adherence, in addition to the adoption of attitudes favorable to the maintenance and prevention of their health.

Keywords: Hypertension. Accession. Associated Factors. Prevalence.

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, faz-se cada vez mais necessário, na área da saúde, a preservação da qualidade de vida por meio de processos preventivos ou tratamento de enfermidades. O aumento das doenças crônicas tem contribuído para o surgimento de novos problemas marcados pela complexidade e cronicidade, o que torna importante o uso de modos diferenciados de gerenciar o cuidado (SOARES *et al.*, 2014; FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015; MARIN; SANTOS; MORO, 2016).

As doenças crônicas não transmissíveis quando não tratadas adequadamente podem provocar graves consequências a alguns órgãos vitais, visto que estão associadas a complicações crônicas incapacitantes que comprometem a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes portadores. Entre essas doenças destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que por na maioria das vezes ser assintomática tem apresentado difícil controle (BRASIL, 2011; SOARES *et al.*, 2014; FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015;).

A HAS é uma síndrome multifatorial crônica caracterizada pelo aumento persistente da pressão arterial (PA) acima dos limites considerados normais associados a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos tróficos, os quais consistem na hipertrofia cardíaca e vascular. Em virtude da alta prevalência e baixas taxas de controle a HAS tem sido considerada como um importante problema de saúde pública e um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Em termos mundiais dados apontam uma prevalência de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres. No Brasil, a prevalência encontrada foi em torno de 35% (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006; MACHADO *et al.*, 2016; NUNES *et al.*, 2016).

Embora a detecção precoce contribua para reduzir significativamente as mortes e complicações, diagnosticar a HAS não é suficiente. É fundamental conduzir corretamente o tratamento e convencer o paciente sobre a necessidade da adesão.

O tratamento medicamentoso associado às mudanças no estilo de vida, com destaque para a redução dos fatores de risco modificáveis são os responsáveis por evidências benéficas no controle dos níveis tensionais e no perfil da morbidade e mortalidade das complicações

cardiovasculares. Contudo, o tratamento é longo e, em geral, uma vez insaturado, persiste por toda vida do paciente, o que torna a adesão ao tratamento um elemento essencial para que se mantenha a qualidade de vida (CAVALARI, 2010; MACHADO *et al.*, 2016)

Dada à elevada magnitude dessa doença, em virtude do difícil controle e da insatisfatória manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado, torna-se evidente a problemática da baixa adesão. Estima-se que nos países desenvolvidos a taxa de adesão ao tratamento de doenças crônicas seja de somente 50%. No Brasil, estudo revelou que nenhum dos hipertensos avaliados apresentou adesão ideal, embora a maioria tenha sido classificada como não aderente leve e, em análise comparativa da adesão ao tratamento entre população urbana e rural foi encontrado que mais de 60% dos entrevistados apresentaram níveis insuficientes de adesão (WHO, 2003; MARIN; SANTOS; MORO, 2016).

Cabe considerar que diversos são os determinantes intervenientes na adesão e que o não seguimento adequado ou o abandono do tratamento, além de afetar a saúde do indivíduo, tem reflexos econômicos para o sistema de saúde e no trabalho dos profissionais de saúde na medida em que os impede de alcançar os objetivos traçados na assistência aos hipertensos (MATTA, 2010; SILVA *et al.*, 2014)

A baixa adesão é, portanto, um fato inegável vivenciado e um desafio para os que trabalham na prática clínica. Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do sistema, possui papel fundamental nas ações para controle de doenças crônicas, como a HAS, por meio da atividade multidisciplinar das equipes da ESF. Esta, considerando seus princípios de integralidade, coordenação do cuidado e longitudinalidade, constitui-se “lugar natural” para o desenvolvimento de estratégias e políticas públicas que levem a conquistas futuras.

Diante do exposto, o presente estudo tem como pressuposto que os indivíduos que relatam diagnóstico médico de hipertensão arterial com indicação de uso de anti-hipertensivos deveriam utilizar medicamentos de uso contínuo, conforme orientam os protocolos de tratamento dessa condição. Nesse sentido, a não utilização de medicamentos de uso contínuo é um marcador de não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão.

1.1 Situação-problema

De acordo com a Lei Provincial Nº. 295 de 26 de Agosto de 1851, foi criada a Paróquia de Nossa Senhora da Conceição dos Matões. Em 11 de Agosto de 1854 segundo a Lei Nº. 367 o povoado dos Matões foi elevado à categoria de Vila, com a denominação de Pedro II, em homenagem ao Imperador do Brasil. Com a proclamação da República, a Vila voltou a ter o

nome de Matões mas, pela Lei Nº. 641 de 13 de julho de 1911, já na categoria de cidade, foi restabelecida a denominação de Pedro II.

O município pertence à microrregião de Campo Maior e compreende uma área irregular de 1.948 km². Localiza-se a uma latitude 04°25'29" sul e a uma longitude 41°27'31" oeste, estando a uma altitude de 603 metros. Sua população estimada em 2018 era 38.704 habitantes. A cidade está localizada na Serra dos Matões e é privilegiada naturalmente com um clima ameno. Sua temperatura varia entre 28 °C e 30 °C ao dia e 20 °C a 16 °C à noite. Os limites são: os municípios de Domingos Mourão, Lagoa de São Francisco e São João da Fronteira ao norte; Milton Brandão, Buriti dos Montes e Jatobá do Piauí, ao sul; Capitão dos Campos a oeste; e o Estado do Ceará a leste.

É chamada de "Suíça piauiense", por conta do seu clima serrano, frio, se comparado ao resto do estado. A cidade possui um grande potencial turístico. Entre as belezas naturais, estão o Morro do Gritador, cânion com cerca de 280 metros a uma altitude de 730 metros acima do nível do mar; a Cachoeira do Salto Liso, com suas águas frias e cristalinas com véu de água de cerca de 30m; e o Olho d'Água Buritizinho, entre outros. Os sítios arqueológicos (da Lapa) retratam a vida do homem pré-histórico nestas terras. Um conjunto arquitetônico em estilo barroco revela uma Pedro II histórica. O artesanato local, com sua tecelagem de redes e tapetes encanta os visitantes.

A cidade tem como principal produto de sua economia a extração de pedras preciosas, com destaque para as minas de opalas, que são as mais belas e puras encontradas em todo o solo brasileiro. Também se destaca um rico artesanato à base de fio de algodão, que dá origem a belas tapeçarias e redes, mas a base da economia ainda é a agricultura.

Quanto à rede de atenção à saúde, o município possui atenção primária composta por 15 ESF's e 2 NASF's (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), 1 CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), e atenção secundária composta por 1 hospital público de referência e 1 hospital filantrópico. Além disso, oferta atendimento móvel de urgência por meio de uma equipe de suporte básico de vida.

A Estratégia de Saúde da Família onde será realizado este trabalho chama-se Goiabeira, localizada na zona rural de Pedro II, e tem como área de abrangência as comunidades Goiabeira, Estreito, Mato Grosso, Chã do Lambedor, Rodrigo, Grota, Limão, Chã dos Barroso, Bom Lugar, Centro dos Gomes, Carnaubinha, Araticum, Palmeira dos Ferreira, Açude Velho, Pequis, Tiririca, Barreiro, Vermelhinha, Barreiro, Morcego e Gentirana.

Em nossa área de cobertura existem 3 escolas públicas, igrejas católicas e evangélicas, associação de moradores, comércios, fábrica de água mineral, áreas de extração de opala, clubes

de shows e campos de futebol. A população é de 2459 habitantes, com 1215 homens e 1244 mulheres, sendo 1204 pacientes de 20 a 59 anos e 470 pacientes com 60 anos e mais. As condições de moradias são precárias em grande parte da população.

O abastecimento de água não é adequado e a coleta do lixo acontece uma vez por semana. A população em sua maioria não consome água tratada. As principais fontes de emprego são o comércio e agricultura.

Dentre os principais problemas de saúde observados nesta população a hipertensão arterial não controlada é o mais relevante. Em nossa área de abrangência temos 20,7% de prevalência de HAS. Quanto à adesão, existe uma dificuldade em planejar o atendimento e condução dos hipertensos devido a logística do atendimento médico, deslocamento até o serviço, baixa busca e pouco interesse em conhecer a doença e seu tratamento.

1.2 Justificativa

A HAS é considerada como uma das principais condições crônicas, em decorrência da sua alta prevalência, incidência e morbimortalidade mundial. O diagnóstico de HAS implica para o portador muitas mudanças nos hábitos de vida para manter o estado de saúde e controlar a evolução da doença por meio de um complexo tratamento.

Este estudo justifica-se, pois acredita-se que, ao ampliar a adesão dos pacientes hipertensos, haverá uma redução da morbimortalidade relacionada a essa doença, uma vez que irá favorecer a execução de cuidados melhor direcionados à saúde dessa população específica. Além disso, em virtude do controle da HAS constituir uma das áreas estratégicas da Atenção Primária à Saúde, poderá contribuir para a efetivação de programas de saúde pública e para o estabelecimento de indicadores de qualidade necessários para avaliar os referidos programas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

- Ampliar a adesão terapêutica de portadores de hipertensão arterial em seguimento na ESF;

1.3.2 Objetivos Específicos

- Aumentar o conhecimento dos hipertensos sobre a doença e seu tratamento;
- Criar estratégias de acolhimento e interação entre os pacientes hipertensos;
- Fortalecer o vínculo profissional-paciente para melhorar a adesão;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Hipertensão arterial sistêmica: Prevalência e fatores de risco

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morbimortalidade na sociedade contemporânea, destacando-se a coronariana, as cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca. A HAS é o principal fator de risco para o desenvolvimento dessas doenças (SBC, 2010; GIROTTO *et al.*, 2013).

A HAS é considerada pelo Ministério da Saúde como um importante problema de saúde pública no Brasil, devido ao alcance na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de diversificada terapêutica medicamentosa e de atividades educativas que visam mudanças no estilo de vida (DAMASCENO *et al.*, 2008; RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014). Uma revisão sistemática com estudo de 90 países demonstrou prevalência mundial de 31,3% na população adulta. No Brasil, de acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a prevalência de HAS é de 24,8%, com variação conforme a faixa etária estudada entre 22,0% na população acima de 18 anos e 69,9% nos idosos (MALTA *et al.*, 2013; BRASIL, 2014; PIMENTA *et al.*, 2015; MILLS *et al.*, 2016).

Vários são os fatores que podem estar associados ao aumento da prevalência, que são eles: idade, gênero, história familiar, excesso de peso, alimentação inadequada, etilismo, sedentarismo, dislipidemias e tabagismo (FERRARI; RADAELLI; CENTOLA, 2003; RABELO, 2010; SANTOS, 2011). Dessa forma, para tornar o controle da HAS mais eficaz torna-se indispensável, além do seu tratamento, o controle de seus fatores de risco.

A idade, contribui para a elevação dos níveis pressóricos devido as alterações na anatomia e na fisiologia do sistema cardiovascular em pessoas com idade mais avançada, e ocorrem independentemente de presença de doenças e outros fatores de risco, uma vez que nos idosos há uma hipertrofia do ventrículo esquerdo, fibrose generalizada, diminuição da contratilidade do miocárdio e alterações na complacência das artérias envelhecidas (FERRARI; RADAELLI; CENTOLA, 2003; RABELO, 2010; SANTOS, 2011). Segundo Vasan *et al.*, pessoas com idade entre 55 e 65 anos têm 90% de chance de desenvolver HAS ao longo da vida.

O sexo, constitui outro fator de risco importante. As VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão apontam que a prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Tal mudança estaria relacionada às alterações hormonais decorrente do climatério e menopausa, fragilizando a mulher no contexto cardiovascular. Além disso, pode-se referir que a maior prevalência encontrada no sexo feminino em vários estudos estar relacionada ao fato de que as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência e,

consequentemente, há maior proporção de diagnóstico médico neste sexo (SBC, 2010; MURARO *et al.*, 2013; GORGUI *et al.*, 2014).

Requer considerar, também a questão da hereditariedade. Dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço deles pode ser atribuído a fatores genéticos. Citam como exemplo o sistema regulador da pressão arterial e sensibilidade ao sal (FERRERA FILHO, 2009).

A associação positiva entre proporção de excesso de peso e prevalência de HAS encontrada em vários estudos evidencia a importante relação entre o estado nutricional e essa morbidade, mesmo em nível ecológico. Estima-se que entre 20 a 30% da prevalência de hipertensão pode ser explicada pela associação existente entre obesidade e aumento do risco de HAS. Uma relação de causa e efeito entre aumento da massa corporal e elevação da pressão arterial já foi demonstrada em vários estudos de coorte (BRUMMETT *et al.*, 2011; IX *et al.*, 2011; MURARO *et al.*, 2013).

Os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos anos contribuíram para modificar os hábitos de vida de grande parte da população. Esses avanços trouxeram vários benefícios, mas favorecem a inatividade física e o aumento do peso corporal contribuindo para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial e diabetes (SILVA *et al.*, 2013). O exercício físico regular produz uma sensação de bem-estar e independentemente de sua intensidade apresenta efeito benéfico sobre a pressão arterial e na redução de outros fatores de risco cardiovasculares (PONTES *et al.*, 2010; SOCA, 2015).

No tocante à alimentação, a dieta desempenha um papel importante no controle da pressão arterial, principalmente, em nível individual. A ingestão elevada de sódio e álcool e o baixo consumo de potássio e fibras estão relacionados com o aumento dos níveis pressóricos, assim como o consumo excessivo de açúcar que, além de suas calorias vazias, tendo a obesidade como marcador, sendo responsável pelo desenvolvimento de outras doenças crônicas. Portanto, o consumo alimentar e a necessidade de uma dieta equilibrada deve ser uma das orientações recomendadas pelos profissionais de saúde ao indivíduo com hipertensão, por favorecerem a redução do risco cardiovascular (LUSTIG; SCHMIDT; BRINDS, 2012; RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

Em relação ao tabagismo, estudos têm mostrado que ex-fumantes e fumantes apresentam maior prevalência de hipertensão. Em avaliação por monitorização ambulatorial da pressão (MAPA), a pressão arterial sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, relevando o importante efeito hipertensivo do fumo (BRASIL, 2006; NASCENTE *et al.*, 2009). Além disso, o consumo de bebidas alcoólicas também

constitui um fator de risco. De acordo com o estudo de Martinez e Latorre, indivíduos que faziam uso de bebida alcoólica diariamente apresentaram 3,0 vezes mais chance de estarem hipertensos quando comparados aos não etilistas.

De um modo geral, para um melhor controle dos fatores de risco para hipertensão é fundamental a adoção de hábitos saudáveis. Sendo assim, a educação em saúde deve ser realizada de forma a proporcionar a superação de obstáculos e assim prevenir possíveis complicações (RADOVANOVIC *et al.*, 2014; SOCA, 2015).

O crescimento das doenças cardíacas, sobretudo a hipertensão arterial, em grande parte é devido a mudanças significativas no estilo de vida associado com o crescimento da urbanização e desenvolvimento econômico, que trazem aumento de fatores de risco de doenças cardiovasculares. A estimativa do risco cardiovascular é a maneira mais razoável e de baixo custo para determinar as prioridades de prevenção em pessoas assintomáticas e criar estratégias necessárias (CINEROS *et al.*, 2013).

2.2 Adesão ao tratamento e Atenção Primária à Saúde

O controle da HAS visa reduzir morbidade e mortalidade cardiovasculares. O tratamento medicamentoso e não medicamentoso contribuem para manter valores de pressão arterial abaixo de 140 mmHg para a pressão sistólica (PAS) e 90mmHg para a pressão diastólica (PAD). Contudo, mesmo que a identificação do diagnóstico seja considerada fácil e que existam medidas terapêuticas eficientes, o controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado têm sido tarefa árdua tanto para o portador da doença como para seus familiares, profissionais e instituições de saúde. Isso evidencia a problemática da baixa adesão ao tratamento (DANIEL; VEIGA, 2013; RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014; BARRETO *et al.*, 2015).

A expressão “adesão ao tratamento” refere-se ao grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a PA em níveis normais. Constitui um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica (PIERIN; STRELEC; MION, 2004; DANIEL; VEIGA, 2013). No que se refere ao tratamento farmacológico, a não adesão significa o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica ou a execução de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita. De acordo com pesquisas cerca de 50,0% das pessoas que convivem com doenças crônicas não seguem seu tratamento adequadamente (DIMATTEO, 2004; MANCIA *et al.*, 2014; GEWEHR *et al.*, 2018).

A não adesão ocasiona ajuste insatisfatório no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos no cuidado à saúde com a elevação das taxas de hospitalizações e tratamento de complicações. Ademais, frustra os profissionais de saúde, pois os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à do hipertenso (PINHO; PIERIN, 2013; RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014).

Nesse sentido, o cuidado dos usuários com doenças crônicas, em especial os hipertensos, é um dos desafios das equipes da APS, visto que são condições multifatoriais, com determinantes biológicos e socioculturais e com aumento proporcional do envelhecimento. Assim, para que a adesão seja alcançada, são necessários o alinhamento e a organização desses elementos (REINERS *et al.*, 2012; MOTTA *et al.*, 2014; TAVARES *et al.*, 2016).

Muitos são os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, a complexidade do esquema terapêutico, os efeitos adversos da medicação, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade, além da falta de apoio familiar (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; GIROTTO *et al.*, 2013). Estudo realizado em duas ESF de um município do Rio Grande do Sul mostrou que baixa renda, baixa escolaridade, idade avançada, não possuir companheiro, possuir esquema terapêutico com associação de medicações e o tempo de tratamento foram aspectos que contribuíram para a baixa adesão (GEWEHR *et al.*, 2018).

Diante do exposto, a maior utilização de ações educativas referentes à motivação e ao direcionamento ao autocuidado, além do estabelecimento de vínculos na relação paciente/profissional, com base de sustentação para a implementação de uma abordagem multidisciplinar e individualizada de atenção à saúde, incluindo avaliação de risco e medidas de promoção, constitui estratégia importante no processo de adesão terapêutica em indivíduos hipertensos. Para isso, a elaboração de protocolos terapêuticos com a padronização de ações que resultem em melhores cuidados e adesão é essencial (DANIEL; VEIGA, 2013; ARRUDA *et al.*, 2015; GEWEHR *et al.*, 2018).

A ESF configura-se como elemento-chave para a organização e implantação de ações que visem o controle da HAS. As estratégias utilizadas por essas equipes refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários e comunidade. Destacam-se a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, além do cuidado domiciliar, com planejamento das atividades para minimizar os gastos dos serviços, especialmente os de média e alta complexidade, e, principalmente, para melhorar a qualidade de vida das pessoas (GEWEHR *et al.*, 2018).

Além do acompanhamento farmacoterapêutico, é necessário intervenções que aumentem a adesão às medidas não farmacológicas. Mudanças no estilo de vida, embora difíceis de alcançar, não só podem retardar a taxa de desenvolvimento da hipertensão, mas também apresentam benefício adicional em reduzir outros fatores de risco cardiovascular.

3 METODOLOGIA

3.1 Local e Público-alvo

O projeto será desenvolvido no período de setembro de 2019 a maio de 2020, na área de abrangência da ESF Goiabeira, Pedro II, Piauí, a qual assiste uma população de 2459 pessoas. O público-alvo será formado por todos os hipertensos maiores de 20 anos, sendo que será solicitada participação de familiares de pacientes idosos incapacitados.

3.2 Desenho da operação

Primeiro momento: Haverá apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde e equipe do NASF, a fim de socializar os objetivos, metodologia, resultados esperados e firmar parceria. Com a aceitação e comprometimento de todos, será apresentado um cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, determinado prazo e elencado responsáveis.

Segundo momento: A enfermeira juntamente com a equipe organizarão os materiais e farão o levantamento dos recursos necessários para a plena execução do projeto. Nessa etapa, haverá uma reunião com a coordenação da Atenção Básica e gestão municipal para discussão dos instrumentos para implantação e aquisição de materiais de apoio. Neste espaço dúvidas devem ser compartilhadas e buscadas alternativas para minimizar barreiras durante o seguimento do projeto.

Terceiro momento: Capacitação contínua dos agentes comunitários de saúde, elaboração das atividades de educação, informação e comunicação, onde esteja registrado a importância do vínculo com os pacientes hipertensos e a família, o papel dos membros da equipe, do profissional de referência, cuja responsabilidade é de coordenar as ações. Aplicação de questionários para identificação dos fatores que contribuem para baixa adesão e utilização de metodologias ativas de ensino, como rodas de conversa ou dramatização para problematização, valorização da experiência prévia do indivíduo e a exposição dialogada.

3.3 Plano Operativo

Situação-problema	Objetivos	Metas/Prazos	Ações estratégicas	Responsáveis	Resultados
- Baixa adesão terapêutica	- Capacitar equipe; Identificar os fatores causais; - Aumentar conhecimento dos pacientes sobre a doença e o tratamento; - Criar estratégias de acolhimento e interação; - Fortalecer o vínculo profissional-paciente;	- Setembro de 2019 a maio de 2020;	- Classificação do risco; - Realização de palestras com distribuição de folhetos informativos; - Formação de grupos com rodas de conversa; - Planejamento de seguimento individual;	- Equipe da ESF; - Profissionais do NASF; - Coordenação da Atenção Básica; - Secretaria Municipal de Saúde;	- Pacientes e familiares mais informados; - Adequação no agendamento de atendimentos individuais; - Equipe capacitada; - Estímulo ao autocuidado; - Aumento da adesão terapêutica; - Redução de morbimortalidade;

3.4 Resultados esperados

Com a elaboração e implantação desse projeto espera-se fazer uma abordagem adequada ao problema prioritário de nossa área contribuindo para ampliar a adesão terapêutica entre os pacientes hipertensos. Alcançar o controle pressórico de nossos pacientes é uma prioridade pautada na agenda da equipe de saúde, portanto, essa intervenção permitirá que os planos de cuidados e/ou os projetos terapêuticos singulares envolvam todos os membros da equipe, contribuindo para grandes mudanças como diminuir as complicações da doença, as taxas de morbimortalidade por hipertensão e elevar a educação em saúde.

3.5 Avaliação

Após o período de realização de atividades educativas, classificação de risco dos pacientes e elaboração dos planos de cuidados individuais com conseqüente agendamento de consultas, os hipertensos serão monitorados por seis meses quanto ao comparecimento ao serviço de saúde, níveis pressóricos, uso adequado da medicação e mudanças no estilo de vida, principalmente quanto à alimentação e prática de atividade física.

4 CONCLUSÃO

Uma política orientada em educação em saúde melhora os indicadores relacionados com a incidência e prevalência de HAS. Criar espaços de diálogo entre pacientes hipertensos, familiares, profissionais de saúde, responsáveis e a comunidade é, comprovadamente, um importante instrumento para construir uma resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade. Espera-se que o projeto seja de grande utilidade na abordagem da hipertensão na ESF Goiabeira, que os objetivos sejam alcançados e que ocorra um aumento da adesão desses usuários no seguimento da doença.

Além disso, a experiência pode gerar desdobramentos para outras doenças e estimular profissionais e pacientes em novos projetos que permitam planejar melhor a assistência, as ações de promoção e prevenção e melhorar a qualidade de vida da população assistida.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, D. C. J. et al. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. **Rev Bras Geriatr e Gerontol**, v. 18, n. 2, p. 327-37, 2015.
- BARRETO, M. S. *et al.* Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 1, p. 60-67, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: MS; 2014
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: outubro 2016.
- BRUMMETT, B. H. *et al.* Systolic blood pressure, socioeconomic status, and biobehavioral risk factors in a nationally representative US young adult sample. **Hypertension**, v. 58, n. 2, p. 161-166, 2011.
- CAVALARI, E. **Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.
- DAMASCENO, P. D. L. *et al.* Estudo da adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Eletronica Pesq Med**, v. 2, n. 4, p. 41-48, 2008.
- DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, v. 11, n. 3, p. 331-337, 2013.
- DIMATTEO, M. R. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Med Care**, v. 42, n. 3, p. 200-209, 2004.
- DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.
- FREITAS, J. G. A.; NIELSON, S. E. O.; PORTO, C. C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Soc Bras Clin Med**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 75-84, 2015.
- GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.
- GORGUI, J. *et al.* Hypertension as a risk factor for ischemic stroke in women. **Can J Cardiol**, v. 30, n. 7, p. 774-782, 2014.

IX, J. H. *et al.* Association of body mass index with peripheral arterial disease in older adults: the Cardiovascular Health Study. **Am J Epidemiol**, v. 174, n. 9, p. 1036-1043, 2011.

LEITE, S. N.; VASCONCELLO, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cien Saude Colet**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LUSTIG, R. H; SCHMIDT, L. A.; BRINDIS, C. D. Public health: The toxic truth about sugar. **Nature**, v. 482, n. 7383, p. 27-29, 2012.

MACHADO, J. C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 611-620, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. **São Paulo Med J**, v. 134, n. 2, p. 163-170, 2016.

MANCIA, G. *et al.* Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev Port Hipertens e Risco Cardiovasc** [internet], 2014.

MARIN, N. S.; SANTOS, M. F.; MORO, A. S. Percepção de hipertensos sobre a sua não adesão ao uso de medicamentos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. n.esp, p. 61-67, 2016.

MATTA, S. R. **Adaptação transcultural de instrumento para medida da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2010.

MILLS, K. T. *et al.* Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control Clinical Perspective. **Circulation**, v. 134, n. 6, p. 441-450, 2016.

MOTTA, P. G. *et al.* Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão de pacientes do hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais. **Rev Uningá**, v. 40, n. 1, p. 91-103, 2014.

MURARO, A. P. *et al.* Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1387-1398, 2013.

NASCENTE, F. M. N. *et al.* Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 6, p. 716-722, 2009.

NUNES, *et al.* Prevalência e fatores associados a cooperação do paciente portador de hipertensão arterial. **Rev Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 323-330, 2015.

PIMENTA, F. B. *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc Saude Colet**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

PINHO, N. A.; PIERIN, A. M. G. Hypertension control in brazilian publications. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 3, p. 65-73, 2013.

PONTES, F. L. I Junior. *et al.* Influência do treinamento aeróbio nos mecanismos fisiopatológicos da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Ciênc Esporte**, v. 32, n. 2-4, p. 229-244, 2010.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014.

REINERS, A. A. O. *et al.* Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 11, n. 3, p. 581-587, 2012.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 232-239, 2014.

SILVA, L. F. R. S. *et al.* Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 271-278, 2014.

SOARES, D. A. *et al.* Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de atenção primária à saúde. **Rev APS**, Minas Gerais, v. 17, n. 3, p. 311-317, 2014.

SOCA, A. M. H. **Fatores de risco para hipertensão arterial essencial na equipe cohab do programa de saúde da família do município Craibas.** [TCC]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2015.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** São Paulo, 2010.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.

VASAN, R. S. *et al.* Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. **Lancet**, v. 358, n. 9294, p. 1682-1686, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva, 2003.