



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Paulo Roberto Ventura Brandão Filho

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial  
Sistêmica: uma intervenção na Estratégia de Saúde da  
Família 3, município de Crissiumal, estado do Rio  
Grande do Sul

Florianópolis, Março de 2023



Paulo Roberto Ventura Brandão Filho

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma intervenção na Estratégia de Saúde da Família 3, município de Crissiumal, estado do Rio Grande do Sul

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Paulo Roberto Ventura Brandão Filho

Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma intervenção na Estratégia de Saúde da Família 3, município de Crissiumal, estado do Rio Grande do Sul

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Larissa de Abreu Queiroz**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não-transmissível e um dos fatores de risco mais importantes para as doenças cardiovasculares. Na ESF 3 do município de Crissiumal, percebeu-se um aumento do número de urgências e emergências hipertensivas nos pacientes idosos, o que pode ser decorrente do uso inadequado das medicações e também da ausência de orientação adequada aos pacientes. **Objetivo:** No presente trabalho visou-se melhorar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes da Estratégia de Saúde da Família 3, município de Crissiumal, estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** A ação dividiu-se em três etapas; a primeira - Gestão e Organização das atividades - consistiu na apresentação do projeto e na aplicação do Teste Brief Medication Questionnaire (BMQ) em todos os acometidos por HAS. Foram abordados aspectos relacionados à mudança do estilo de vida e administração correta da medicação por meio da Caixa Dosadora. Na segunda etapa - Qualificação no decorrer da Prática Clínica - consistiu na capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para aplicação do Teste BMQ. A terceira etapa - Avaliação, Monitorização e Apresentação - (ainda não finalizada) consiste na construção de tabelas e gráficos com o objetivo de compreender o perfil epidemiológico da população em relação à adesão ao tratamento medicamentoso. Serão realizadas avaliações periódicas dos pacientes para aferição da pressão arterial, exames laboratoriais e ECG nas consultas. **Resultados Esperados:** 514 pessoas foram submetidas ao BMQ e foi possível constatar que 100% foram cadastrados no Programa HIPERDIA, 40% tiveram o registro atualizado, 100% tinha a totalidade da sua medicação e 100% receberam orientações sobre seu uso correto das medicações e outras informações pertinentes. Considera-se que a ação cumpriu seu papel ao aumentar a adesão ao tratamento da HAS e melhorar a saúde geral na ESF 3.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento medicamentoso, Conduitas Terapêuticas, Doença Crônica, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
2.1	Objetivo Geral . . . . .	11
2.2	Objetivos Específicos . . . . .	11
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e epidemiologia . . . . .	13
3.2	Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica . . . . .	14
3.3	Políticas de Saúde sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e as Doenças Crônicas Não-transmissíveis . . . . .	15
3.4	Relevância da Intervenção . . . . .	15
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>21</b>



# 1 Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) 3 localiza-se no município de Crissiumal, no estado do Rio Grande do Sul. A sua área de abrangência contava com 2.276 pessoas, porém ocorreu migração de uma parte expressiva (333 pessoas) da zona rural para a zona urbana, ocasionada pela busca de novas oportunidades de emprego e estudo por parte dos jovens com idade superior aos 18 anos. Desta forma, a população atualizou-se com 1.943 pessoas até o presente momento.

Os Crissiumalenses são formados basicamente da Imigração Européia (Alemanha, Polônia e Itália), sendo reservados e descendentes dos Colonos (primeiro agrupamento familiar dessa região), tendo como ofício os serviços gerais, tais como: carregamento de carga, lavoura (plantação de fumo, hortaliças, soja e milho), criação de animais (suíno, galinha e gado leiteiro), onde começam a atividade trabalhista desde a infância, resultando em diversas injúrias osteoarticulares, principalmente na coluna lombar, coluna cervical, joelho, ombro e cotovelo.

A população apresenta baixa escolaridade pelo fato de ter que se dedicar desde muito cedo ao trabalho e de forma integral e não ter muitas oportunidades de estudo. Como a taxa de natalidade no município é baixa, grande parte das pessoas são idosas, aposentadas, agricultores e pensionistas e, em sua maioria, são caseiros em suas propriedades rurais e dirigem-se à cidade somente quando necessitam fazer compras (alimentos e medicações), por agravamento da saúde e realizar visita aos familiares.

A Zona Rural de Crissiumal apresenta certas dificuldades: ausência de pavimentação asfáltica que dificulta a locomoção e da oferta de estabelecimentos como farmácia, supermercado, padaria, agência bancária e comércio. Entretanto, o Posto de Atendimento da Vila Bender, presente no local, facilita o acesso aos serviços de saúde, sendo ofertadas 25 fichas de atendimento todas as quartas-feiras. Cabe ressaltar que mesmo quando o número é ultrapassado, a comunidade ainda sim é atendida.

Culturalmente, as pessoas da comunidade não são adeptas a prática regular de atividade física e seus hábitos nutricionais não são saudáveis, tendo uma dieta hipercalórica, hiperglicídica e hiperlipídica. Esse estilo de vida propicia o surgimento de Doenças Crônicas Metabólicas (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Lipidopatias e Obesidade), Cardiorrespiratórias e Osteoarticulares, sendo esses últimos os agravos mais comuns.

As queixas mais prevalentes e incidentes na fase adulta são: Tabagismo Crônico, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Lombalgia Crônica, Cervicalgia Crônica, Dor Crônica em Ombro, Hipercolesterolemia Mista, Hipercolesterolemia Pura, Dislipidemia. Já na fase infância são: Resfriado Comum, Orientação Vacinal, Orientação sobre Aleitamento Materno (Pega e Posição), Gripe e Infecções das Vias Aéreas Superiores.

A problemática elencada como relevante para essa intervenção foi detectada via diag-

nóstico social por meio da percepção social ou da equipe de saúde e dados epidemiológicos e se refere ao inadequado controle da pressão arterial, bem como do uso das medicações (horários e tomadas) das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com idade igual ou superior à 50 anos. Esta questão é bastante presente na rotina da comunidade já que interfere nos seus familiares, cuidadores, cônjuges e profissionais de saúde.

O presente estudo se justifica pelo fato de haver um aumento do número de urgências e emergências hipertensivas nos pacientes idosos, o que pode ser decorrente do uso inadequado das medicações anti-hipertensivas (doses e horários) e também da ausência de orientação adequada aos pacientes com HAS para a mudança do estilo de vida. Ou seja, acerca da importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e tomada adequada dos medicamentos anti-hipertensivos.

Diante desse contexto, acredita-se que são necessárias avaliações periódicas sobre o uso adequado dos anti-hipertensivos, o controle pressórico desses pacientes, além da averiguação da adesão ao tratamento por meio do Teste Brief Medication Questionnaire (BMQ).

Desta forma, é de suma importância para a comunidade crissiumalense, bem como dos profissionais pertencentes a Equipe ESF 3, conhecer os benefícios do uso correto das medicações anti-hipertensivas, bem como compreender a relevância das medidas não-medicamentosas para o tratamento desse agravo.

Essa intervenção, então, apresenta grande potencialidade ao ser executada a partir do empenho da equipe da ESF 3, além de demonstrar as potencialidades e fragilidades da área de abrangência quanto ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para que a comunidade possa se beneficiar com a melhora do atendimento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Melhorar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes da Estratégia de Saúde da Família 3, município de Crissiumal, estado do Rio Grande do Sul.

### 2.2 Objetivos Específicos

Utilizar o instrumento Brief Medication Questionnaire (Teste BMQ) para avaliar o nível de conhecimento do paciente sobre as prescrições médicas e a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial.

Orientar os pacientes com Hipertensão Arterial sobre a utilização da Caixa Dosadora de Remédio Semanal para auxiliar na tomada adequada das medicações.

Estimular mudanças no estilo de vida e a adesão ao tratamento da Hipertensão arterial.

Avaliar periodicamente o uso dos medicamentos anti-hipertensivos e aferir a pressão arterial dos pacientes.



## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: definição e epidemiologia

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular crônica multifatorial com a clínica caracterizada por níveis aumentados e permanentes de pressão arterial (PA)  $\geq 140$  e/ou  $\geq 90$  mmHg. Com isso, começam a ser desencadeadas diversas injúrias fisiológicas, metabólicas e morfológicas nos diversos órgãos-alvo (olhos, rins, coração, encéfalo e vasos sanguíneos). Além disso, a mesma pode ser agravada por diversos fatores de risco, tais como: genética, Diabetes Mellitus (DM), tabagismo, etilismos, dislipidemias, sedentarismo, alimentação irregular (ingestão de sal) e desequilibrada, sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2006).

Diante disso, o indivíduo com HAS tem grandes chances de ser acometido (de maneira individual ou coletiva) por diversos eventos agudos e crônicos, como: morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e insuficiência renal aguda (IRA), insuficiência renal crônica (DRC), os quais são capazes de proporcionar sequelas irreversíveis e/ou o óbito (BRASIL, 2006).

No Brasil, a HAS acomete 32,5% dos indivíduos adultos, o que corresponde a 36 milhões de pessoas. Destes, 60% são idosos e metade deles evoluem para alguma doença cardiovascular (DCV). A DCV é considerada a principal causadora de óbitos no país, acarretando grande impacto econômico devido a diminuição da mão de obra ativa, diminuição da renda familiar e maior gasto de recursos na saúde (internações, medicações, exames laboratoriais e imagem e atividades socioeducativas) (BRASIL, 2008).

No que se refere às crianças e adolescentes, não há associação dessa faixa etária com os eventos cardiovasculares, porém é importante ficar alerta no caso do indivíduo apresentar obesidade. Entretanto, essa é uma condição que pode ser resolvida com uma investigação médica minuciosa e por meio de intervenções não medicamentosas como a mudança no estilo de vida (BRASIL, 2014).

Em relação aos idosos, é importante iniciar o tratamento medicamentoso com doses reduzidas a metade no comparativo ao que é preconizado para os adultos para que proporcione efeito protetor aos eventos não fatais (Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Renal) e eventos fatais (Infarto Agudo do Miocárdio). Além disso, é possível associar diuréticos aos idosos com PA sistólica  $\geq 160$  mmHg com intuito de reduzir para PA sistólica menor que 150 mmHg (BRASIL, 2014).

Já no caso das gestantes, a HAS apresenta grande risco na mortalidade materna, fetal e perinatal. Nas mulheres hipertensas não gestantes e que desejam realizar o Planejamento

Familiar para engravidar, torna-se importante o acompanhamento antes da gravidez para poder ser elucidado sobre a mudança medicamentosa caso necessário logo no primeiro trimestre, bem como sobre o risco da Pré-Eclâmpsia (BRASIL, 2014).

## 3.2 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS apresenta duas modalidades de tratamento: não medicamentoso e medicamentoso, sendo que esses devem estar presentes diariamente na vida dos pacientes hipertensos e devem ser reconhecidos com a mesma importância (BRASIL, 2014).

O Tratamento não medicamentoso acompanha o paciente em todo o seu tempo de vida e é importantíssimo no controle pressórico, bem como na diminuição da intensidade dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), Diabetes Mellitus (DM), dislipidemias e obesidade. Assim, essa modalidade de tratamento é baseada na mudança do estilo de vida (MEV). Essa por sua vez está relacionada na atividade física regular, alimentação saudável e equilibrada com ausência do etilismo e tabagismo (BRASIL, 2014).

Além disso, não podemos deixar de citar a substituição por parte das mulheres o uso dos contraceptivos orais por outros métodos contraceptivos podem reduzir os níveis pressóricos das pacientes portadoras de HAS. Todas essas medidas para que ocorra o melhor funcionamento da morfologia e fisiologia do organismo humano (BRASIL, 2014).

Já o tratamento medicamentoso deve ser iniciado sempre acompanhado com a permanência do tratamento não medicamentoso, ou seja, pela mudança do estilo de vida (MEV) e também devemos levar em consideração do paciente, grau de motivação para a MEV, níveis pressóricos e presença dos fatores de risco, bem como a sua relação com as doenças cardiovasculares (DCV) devem fazer uso das medicações anti-hipertensivas (Diuréticos Tiazídicos, Diuréticos de Alça, Agentes Pouparadores de Potássio, Betabloqueadores Seletivos, Alfa Bloqueadores, Beta Bloqueadores, Beta Bloqueadores Não Seletivos, Antagonistas da Angiotensina II, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina, Agentes que Atuam no Músculo Liso Arteriolar, Adrenérgicos de Ação Central, Beta Bloqueadores Seletivos dos Canais de Cálcio – Derivados da Diidropiridina, Beta Bloqueadores Seletivos dos Canais de Cálcio – Derivados da Fenilalquilamina) (BRASIL, 2014).

Os pacientes que apresentam risco elevado para doença cardiovascular e/ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA  $\geq$  160 x 100 mmHg) obtêm benefício desde o diagnóstico para que se consiga atingir a meta pressórica desejada a partir da administração das medicações e a associação ao tratamento não medicamentoso (BRASIL, 2014).

Com o início do tratamento medicamentoso é possível fazer uso de diversas classes de fármacos, conforme a necessidade do paciente, presença de comorbidades, lesões em órgãos-alvo, histórico familiar, idade e gestação. Assim, em alguns casos torna-se necessário a associação de dois ou mais fármacos anti-hipertensivos para diminuir complicações crônicas, agudas e crônicas agudizadas (BRASIL, 2014).



### 3.3 Políticas de Saúde sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e as Doenças Crônicas Não-transmissíveis

No Brasil, até o ano de 2000 as doenças crônicas não transmissíveis (HAS e DM) foram responsáveis por boa parte do gasto público nas internações, exames, procedimentos especializados, fazendo com que diversas aposentadorias precoces decorressem desse fato. Naquele contexto, não existia uma diretriz ou portaria que norteasse de maneira organizada, igualitária e resolutiva as ações preventivas e de tratamento destes agravos (BRASIL, 2016).

Devido ao grande impacto dessas doenças na saúde da população e nos gastos públicos, ocorreu uma pactuação as esferas federal, estadual e municipal, além das sociedades de cunho científico e colaboradores para enfrentar essa questão e reduzir a morbimortalidade associada a elas. A Portaria n° 235, de 20 de fevereiro de 2001 e a Agenda Nacional de Saúde para 2001 (Portaria 393/GM de 29 de março de 2001) tornam oficiais as diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes Mellitus (DM) publicado neste mesmo ano (BRASIL, 2016).

Criou-se então o Comitê Técnico Assessor da Reorganização da Atenção, sendo esse oficializado pela Portaria/SPS n° 7, publicada no D.O.U., de 6 de março de 2001 e atualizada pela Portaria n° 20 publicada em 10 de agosto de 2001. Diante dessas mudanças, os usuários do Sistema Único de Saúde ganharam acesso às medicações para tratamento da HAS e DM, exames (laboratoriais e imagem), consultas com profissionais da Atenção Básica ou especializada com custo zero ou baixo custo (BRASIL, 2016).

Além disso, os usuários começaram a ser cadastrados individualmente no Sistema Hiperdia, sendo este atualizado frequentemente e periodicamente pela equipe pertencente a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Este serve também para o acompanhamento de todos os pacientes com DM e HAS com o intuito de proporcionar um cuidado especializado, realizando o controle dessas doenças e proporcionando mais qualidade de vida à população (BRASIL, 2016).

O Sistema Hiperdia facilita a gestão do cuidado devido a melhor vinculação do usuário com a equipe, ao monitoramento da qualidade clínica e controle dos agravos, obtenção de informações gerenciais subsidiando os gestores para a tomada das melhores decisões sob os serviços e assistência farmacêutica, apresentação do perfil epidemiológico e qualidade atenção da população (BRASIL, 2016).

### 3.4 Relevância da Intervenção

A cidade de Crissiumal, localizada na região do Celeiro ou noroeste do estado do Rio Grande do Sul, foi colonizada basicamente pela Imigração Européia (Alemanha, Polônia

e Itália) e, conforme seus costumes e crenças, seus habitantes geralmente não possuem hábitos de vida saudáveis (atividade física regular, alimentação saudável e equilibrada).

Grande parte da população é constituída por idosos, aposentados, agricultores e pensionistas, sendo que esses se deslocam para a zona urbana somente quando estão em busca das necessidades básicas já que há bastante dificuldade de locomoção na zona rural por conta da distância e da qualidade das estradas. Dessa forma, é uma comunidade com grande propensão a ser acometida pela HAS, além de apresentarem dificuldades de tomar regularmente as medicações - doses e horários corretos e também desconhecem as associações e interações medicamentosas.

Em contrapartida, a comunidade conta com o Posto de Atendimento na Vila Bender, que facilita o acesso aos serviços de saúde (Medicina, Enfermagem e Odontologia). A população atendida pelo ESF 3 é constituída por 1943 pessoas, tendo um total de 514 indivíduos com HAS.

Para tanto, considera-se necessário realizar a averiguação desses diagnósticos, bem como melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso das pessoas da área de atuação do ESF 3 com o uso do Teste Brief Medication Questionnaire (BMQ), o qual será utilizado neste trabalho (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2011).

O BMQ é um questionário constituído por dados sociodemográficos (idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, renda mensal, classe social, afiliação à UBS, plano de saúde), comorbidades (doença cardiovascular, insuficiência renal, obesidade, diabetes, dislipidemia e transtorno mental), fatores de risco cardiovascular (sedentarismo e tabagismo), nível pressórico (média sistólica e média diastólica) e adesão ao BMQ (barreira de regime, barreira de crença e barreira de recordação) e medicação anti-hipertensiva (nome, dose, número de tomadas ao dia, maneira que obtém a medicação, valor gasto com a medicação, bem como o seu cadastramento ao sistema de saúde local).

Mediante a isso, o regime de adesão é avaliado com o uso de 11 perguntas divididas em 4 (quatro) grandes grupos: Aderente (nenhuma resposta positiva), Provável Aderência (1 resposta positiva), Provável Baixa Adesão (2 respostas positivas), Baixa Adesão (3 respostas positivas) (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2011).

A presente intervenção é bastante relevante devido ao fato de inicialmente conhecer profundamente como é a situação clínica real dos pacientes com HAS para que, posteriormente, seja possível determinar quais são as principais dificuldades, falhas e anseios presentes no cotidiano dos usuários da UBS, segundo o seu estilo de vida.

Com isso, também será abordada a importância do conhecimento sobre as medicações por parte da população, o que inclui a correta maneira de usar (doses e horários), bem como a diminuição dos eventos crônicos, agudos e crônicos agudizados, melhorando a qualidade de vida, aumentando a expectativa de vida, diminuindo o número de internações e gastos públicos, demonstrando que a prevenção sempre será a melhor maneira em cuidar da própria saúde (GOMES, 2013).

## 4 Metodologia

A presente intervenção começou a ser realizada em março de 2020 na ESF 3, município de Crissiumal, e ainda está em andamento. A seguir serão descritos os passos da ação que tem como base a aplicação de entrevistas do Teste do BMQ, o qual foi realizado com todos os pacientes da área adscrita diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica.

Para tanto, todas as atividades realizadas estão descritas em três etapas: Gestão e Organização das Atividades, Qualificação no decorrer da Prática Clínica, Avaliação, Monitorização e Apresentação.

A primeira etapa (Gestão e Organização das Atividades) foi realizada no mês de janeiro de 2020 e consistiu na apresentação do projeto de intervenção e também do instrumento para medir a adesão ao tratamento medicamentoso (Teste Brief Medication Questionnaire – BMQ). Os questionários foram entregues aos ACS para que, após o devido treinamento e capacitação, realizassem as entrevistas durante as visitas domiciliares.

O BMQ é dividido em 3 domínios: 1 – Regime: formado por 7 perguntas; 2 – Crença: formado por 2 perguntas; e 3 – Recordações: formado por 2 perguntas. Assim, as respostas aos 3 domínios são comparadas com a prescrição médica registrada no prontuário dos pacientes com HAS.

Dessa maneira, se após a aplicação do questionário apresentar “nenhuma resposta positiva” o paciente é classificado como “aderente”. Já aquele que após o questionário apresentar “resposta positiva em um dos três domínios” é classificado como “provável aderente”. Caso o paciente apresente “resposta positiva em dois dos três domínios”, é classificado como “provável baixa adesão” e, por último, respostas positivas em todos os três domínios indicam a classificação “baixa adesão”.

Ao teste BMQ original foram adicionados alguns dados, tais como: dados pessoais, endereço, profissão/ocupação, idade, sexo, cor da pele, data de nascimento, renda mensal familiar, número de pessoas que vivem no domicílio, comorbidades (Acidente Vascular Cerebral – AVC, Angina, Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, Pé Diabético, Doença Renal, Retinopatia, Amputação de Membro), fatores de risco (dieta irregular e inadequada, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo e obesidade). Serão também levadas em conta as últimas medidas antropométricas (peso, altura, IMC, Pressão Arterial).

Também ao longo da aplicação dos questionários será abordada a importância da mudança do estilo de vida, que inclui discutir sobre alimentação saudável, atividade física regular e administração correta da medicação (doses e horários). Esses temas serão discutidos durante as consultas médicas, de enfermagem, nas visitas domiciliares e também pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Com relação à alimentação saudável, a nutricionista que atende todos os pacientes com HAS irá oferecer orientações detalhadas sobre como se alimentar de maneira equilibrada,

reduzindo a ingestão de sal, gorduras e açúcares. No que se refere à atividade física regular a orientação é que indivíduos que não tem sua mobilidade reduzida ou ausente pratiquem exercícios físicos aeróbicos com duração de 30 minutos a 1 hora pelos menos 3 vezes por semana. E para incentivar o uso correto das medicações anti-hipertensivas, será utilizada a Caixa Dosadora e orientados os pacientes, cuidadores e familiares para organizar semanalmente as medicações de acordo com as doses diárias e seus horários. Cabe ressaltar que será enfatizado que o tratamento se baseia sempre no tripé da Mudança do Estilo de Vida, no qual todas as 3 vertentes possuem igual importância e poder de controlar o nível pressórico, bem como ofertar maior qualidade de vida às pessoas.

Posteriormente, na segunda etapa (Qualificação no decorrer da Prática Clínica), foi realizada capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para que aplicassem corretamente o Teste BMQ durante as visitas domiciliares. Sempre que possível, foi realizado com a participação dos familiares, cuidadores e/ou responsáveis a fim de melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso em cada micro-área, tendo assim os seguintes temas: a) A Correta Abordagem Domiciliar dos Pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica, b) Orientações Educativas em Saúde e c) Noções Básicas de Farmacologia. Esta etapa foi realizada no mês de fevereiro de 2020.

A terceira etapa (Avaliação, Monitorização e Apresentação), será constituída pelo preenchimento dos dados digitados na planilha no Microsoft Excel adaptada pelo pesquisador e fornecida aos ACS. Serão construídas tabelas, gráficos e conclusões sobre o assunto com o objetivo de compreender o perfil epidemiológico da população assistida em relação ao aspecto da adesão ao tratamento medicamentoso, bem como a sua importância para todos os envolvidos.

Além disso, serão realizadas avaliações periódicas dos pacientes para aferição da pressão arterial (PA), Medida Residência da Pressão Arterial (MRPA), exames laboratoriais e ECG (conforme a necessidade) nas consultas médicas e de enfermagem e também para verificar o uso correto das medicações.

Ao final, as informações serão apresentadas por meio de um banner e também por meio de exposição de slides. O projeto de intervenção ficará arquivado junto à Secretaria de Saúde do Municipal de Crissiumal com o intuito de servir como modelo para as demais ESFs, melhorando, assim, a assistência aos usuários do SUS. Esta última etapa ainda está em andamento.

## 5 Resultados Esperados

Conforme o cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no sistema Hiperdia E-SUS a ESF 3 possui em sua área de abrangência uma população de 1943 pessoas, sendo que 514 têm Hipertensão Arterial Sistêmica, o que corresponde a 26,45% do total.

A realização das atividades propostas no presente trabalho ocorreram ao longo de 4 meses (de abril de 2020 a julho de 2020) e, ao final de cada mês, era realizada leitura da evolução da intervenção, juntamente com os resultados obtidos comparados com os resultados esperados, conforme serão descritos a seguir.

Ao término do primeiro mês (abril de 2020) foram contabilizados 180 pessoas com HAS entrevistadas, número que superou a meta anterior que correspondia a 150 entrevistas por mês. Já no segundo mês (maio de 2020), o número cresceu para 200 e no terceiro mês (junho de 2020) foram 134 entrevistas. Com isso, a porcentagem de hipertensos na área de abrangência da ESF 3 após a avaliação a adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ foi de 100% ao final do estudo, ou seja, todos os cadastrados no Hiperdia da ESF 3, onde esperávamos que fosse em torno 80% dos entrevistados.

Das 514 pessoas com HAS, 83,5% são mulheres e 16,5% são homens. A pessoa mais jovem tem 36 anos e a mais idosa, 90 anos, e a média dessa população foi de 61,6 anos. As pessoas com idade maior ou igual a 60 anos representam 52,4% dos cadastrados no Hiperdia.

Em relação a cor da pele, 83% são brancos e 17% pardos. Quanto à escolaridade, 10,6% são analfabetos, 61,6% têm o primeiro grau incompleto, 17,8% completaram o primeiro grau completo e 8% têm o segundo grau incompleto e 2% o segundo grau completo.

A totalidade de hipertensos cadastrados desde o início das atividades sempre ficou próxima dos 100%, devido ao fato da população já ser idosa, constituída de aposentados e pensionistas. Além disso, também foi desta forma pelo empenho dos ACS no que diz respeito à manutenção permanente e periódica dos cadastros. Há sempre diálogo quando um indivíduo ou família muda de área de abrangência ou irá residir em outra cidade e/ou estados.

A análise dos registros dos medicamentos atualizados da farmácia básica do município ao final dos 4 meses apresentou uma prevalência de 78,4% do total, sendo que 21,6% preferem retirar a medicação na farmácia popular. Assim, 100% da população acometida por HAS faz uso dos medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa Hiperdia.

Em relação ao recebimento de orientações sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso, foi possível investigar a sua adesão em todas as entrevistas, nas quais houve apoio dos ACS devidamente treinados, pois essa atividade estava programada sempre para ocorrer em todas as visitas desses profissionais. Assim, 100% dos hiperten-

sos, que também foram entrevistados, receberam orientação sobre a utilização correta dos medicamentos, bem como o uso adequado semanalmente da Caixa Dosadora de Remédio, tanto nas consultas ambulatoriais (médico e enfermeira), bem como nas visitas domiciliares pelos ACS. Além disso, foram orientados sobre a Mudança no Estilo de Vida (MEV): Alimentação Balanceada Equilibrada – aumentar ingestão de hortaliças (frutas, verduras e legumes), diminuir a ingestão de carboidratos e lipídeos e Atividade Física Regular – aeróbica de 30 minutos a 1 hora pelo menos 3x por semana.

Após os 4 meses de ações, é perceptível a adesão ao MEV por mais de 50% dos pacientes, sendo que o número esperado ficou em torno de 30%. Muito disso é mérito dos ACS devido a estreita e aberta comunicação que têm com a comunidade, junto com sua perseverança e comprometimento. Nos locais onde estiveram mais ativos, obteve-se níveis pressóricos adequados, menos eventos crônicos agudizados, diminuição das medidas antropométricas, e melhora da qualidade de vida de uma maneira geral.

Em relação aos resultados do Teste BMQ, tem-se: Aderentes – esperado 80% e obtido 85,5%, Provável Aderência – esperado 6% e obtido 5,1%, Provável Baixa Adesão – esperado 9% e obtido 4,6% e Baixa Adesão – esperado 5% e obtido 4,8%.

Por fim, considera-se que a presente intervenção cumpriu seu papel no que se refere à aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e melhorando a saúde geral da comunidade da Estratégia de Saúde da Família 3, município de Crissiumal, estado do Rio Grande do Sul.

## Referências

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de morisky-green e brief medication questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 1–11, 2011. Citado na página 16.

BRASIL, M. da Saúde do. *Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde*: Cadernos de atenção básica, n.15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 13.

BRASIL, M. da Saúde do. *Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*: Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Citado na página 13.

BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*: Cadernos de atenção básica, n.35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

BRASIL, M. da Saúde do. *Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Prevenção e Controle da Hipertensão arterial em Sistemas Locais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Citado na página 15.

GOMES, J. I. Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da usf de são bento, amélia rodrigues – ba. Pelotas - RS, n. 68, 2013. Curso de Especialização em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas. Cap. 1. Citado na página 16.